

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ № _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____

ознакомлена с представленной информацией и даю согласие на проведение инъекций препарата Диспорт® для коррекции мимических морщин. Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели введения препарата.

- 1) Диспорт® вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических морщин (складок) лица.
- 2) Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает максимума на 10-15 день.
- 3) Эффект после введения препарата сохраняется 3-6 месяцев. По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.
- 4) После инъекции возможно возникновение временных обратимых побочных эффектов: отек глаза, сухость глаза (сухой кератоконъюнктивит), реакция в месте введения (включая боль, гематому, кожный зуд, парестезию, эритему, сыпь), слабость соседних к месту введения мышц, птоз век, астенения (слабость зрения), парез мышц лица, расстройства зрения; головная боль; крапивница. Большинство побочных эффектов являются умеренными и преходящими.
- 5) В редких случаях наблюдается нечувствительность к действию препарата.
- 6) Противопоказаниями к процедуре являются: повышенная чувствительность к компонентам препарата, воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции, обострение хронического заболевания, миастения, прием антибиотиков - аминогликозидов и/или тетрациклина, гемофилия, беременность и грудное вскармливание.
- 7) Иные риски причинения вреда здоровью содержатся в инструкции по применению препарата.

После проведения процедуры рекомендуется:

- Сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов.
- Не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток.
- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Совершать активные движения мимическими мышцами на протяжении первых суток после инъекции.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклин в течение 4 месяцев.

Подписи: _____

Врач _____

Пациент: _____

КОГДА ВАЖЕН РЕЗУЛЬТАТ

и длительность эффекта 



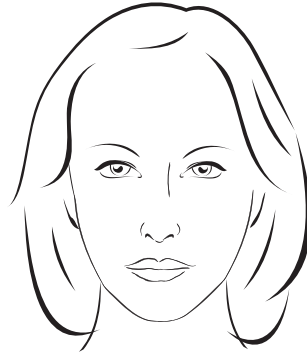
ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ

Дата процедуры: _____

ФИО: _____

Пол: _____ Возраст: _____

Телефон: _____



Области коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

Общая доза введенного препарата Диспорт® _____

Серия препарата: _____

Срок годности: _____

Растворитель: _____

Объем растворителя: _____

ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Дата осмотра: _____

Дополнительное воздействие: _____

Комментарии:

Номер регистрационного удостоверения: П № 011520/01

DYSAW211-2