

АНКЕТА (остается у врача)

Название клиники, салона _____ Контактный телефон _____

Адрес _____

ФИО врача _____

Дата первичного введения геля _____

Имя пациента _____ Номер карточки _____

Пол пациента

- Мужской Женский

Возраст пациента

- 18-25 26-30 31-35 36-39 40-45 46-50 51-55 56-60 другое _____

Сопутствующие заболевания _____

Хронические заболевания _____

Наступила ли менопауза

- Нет Да Меньше года назад Больше года Больше двух лет

Наличие табачной зависимости

- Нет Да Меньше года До пяти лет До 10 лет До 20 лет

Реакция на введение аллергической тест пробы

- Сразу Через 24 часа Через 14 дней

Применялись ли до этого другие материалы для контурной пластики

- Да Нет

Если Да, то какие? _____

Дата последнего применения _____

Тип кожи пациента

- Жирная Нормальная Сухая Смешанная

Степень истонченности кожи

- Нормальная Средне выраженная Сильно истонченная

Увлажненность кожи

- Нормальная Средне выраженная Сильно выраженная

Пористость кожи

- Нормальная Средне выраженная Сильно выраженная

Пигментация кожи

- Нет Слабо выраженная Сильно выраженная

Кожные дефекты

- Нет Угревая сыпь Шрамы Воспаления

Применяемая анестезия _____

Размер используемой иглы

- 26G 27G 28G 30G 31G 32G

Метод введения

- Тоннельный Веерный Точечный

Угол введения иглы (градусы)

- 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

Глубина введения иглы _____

Направление введения иглы:

Точка первичного введения _____ Точка вторичного введения _____

Состояние кожи на момент окончания введения

- Появилась припухлость Побледнение кожи Плюс ткань Ноль ткань

Степень расправления морщинистой складки

- Незначительное Значительное Полное

Особенности введения геля

Гель выходит из шприца при давлении на поршень

- Легком Среднем Сильном Очень сильном Не выходит

Гель ложится в месте введения

- Хорошо Нормально Средне Плохо

Гиперемия

- Отсутствует Незначительная Умеренная Выраженная

Отек

- Отсутствует Незначительный Умеренный Выраженный

Кровоизлияния

- Нет Незначительные Точечные Умеренные Выраженные

Время введения геля (минуты)

- До 15 До 20 До 30 До 35 До 40

Продолжительность эффекта после первого введения _____

Продолжительность эффекта после второго введения _____

Продолжительность эффекта после третьего введения _____

Индивидуальные особенности введения и практические рекомендации косметолога _____

Комментарии пациента _____

Информированное согласие _____

« ____ » _____ 200 г.

Я, _____, информирован о методике проведения процедуры применения геля КОЛЛОСТ™ в эстетической медицине с целью коррекции дефектов кожи и ее лечения, подготовки к пластическим операциям и реабилитации после них.

1) Лечащий врач проинформировал меня о порядке и правилах проведения процедуры, составе препарата.

2) Я предупрежден об особенностях проведения процедуры и времени наступления ожидаемого эффекта.

3) Также я информирован о том, что в течение нескольких дней после проведенной инъекции возможно сохранение гематом, болевых ощущений и умеренного отека. Реакции носят временный и обратимый характер.

4) Проведение процедуры гелем КОЛЛОСТ™ противопоказано в следующих случаях:

- Положительная тест-проба;
- Тяжелые хронические заболевания в стадии обострения;
- Аутоиммунные заболевания;
- Склонность к формированию гипертрофических и келоидных рубцов;
- Нарушение свертываемости крови;
- Дерматозы в стадии обострения.

Применение в период беременности и лактации не изучено.

При развитии осложнений проводится экспертиза комиссией клиники.

Своей подписью я подтверждаю, что я согласен на проведение процедуры препаратом КОЛЛОСТ™.

Дата проведения процедуры _____

Подписи:

Врача _____

Пациента _____

Я, _____, информирован о методике проведения процедуры применения геля КОЛЛОСТ™ в эстетической медицине с целью коррекции дефектов кожи и ее лечения, подготовки к пластическим операциям и реабилитации после них.

- 1) Лечащий врач проинформировал меня о порядке и правилах проведения процедуры, составе препарата.
- 2) Я предупрежден об особенностях проведения процедуры и времени наступления ожидаемого эффекта.
- 3) Также я информирован о том, что в течение нескольких дней после проведенной инъекции возможно сохранение гематом, болевых ощущений и умеренного отека. Реакции носят временный и обратимый характер.
- 4) Проведение процедуры гелем КОЛЛОСТ™ противопоказано в следующих случаях:
 - Положительная тест-проба;
 - Тяжелые хронические заболевания в стадии обострения;
 - Аутоиммунные заболевания;
 - Склонность к формированию гипертрофических и келоидных рубцов;
 - Нарушение свертываемости крови;
 - Дерматозы в стадии обострения.

Применение в период беременности и лактации не изучено.

При развитии осложнений проводится экспертиза комиссией клиники.

Своей подписью я подтверждаю, что я согласен на проведение процедуры препаратом КОЛЛОСТ™.

Дата проведения процедуры _____

Подписи:

Врача _____

Пациента _____