

Информированное согласие на введение препарата Surgiderm®

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
_____ года рождения,
проживающий(ая) по адресу: _____,
контактный телефон: _____,
даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата Surgiderm® в косметических целях,
врачом _____
(фамилия, имя, отчество врача)
Контактный телефон врача: _____

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:

Surgiderm® 18/24XP/30/30XP - это стерильные апиrogenные физиологические гели на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения. Препараты Surgiderm® предназначены для заполнения кожных складок различной степени выраженности, повышения тонуса кожи, восстановления объемов области скул и щек, а также увеличения объема и коррекции контура губ путем внутрикожной инъекции в поверхностные, средние или глубокие слои дермы.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата Surgiderm®, может быть аппликационной инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Я проинформирован(а), что препарат Surgiderm® находится в тканях от 6 до 12 месяцев, в зависимости от типа выбранного препарата, индивидуальных особенностей организма и моего образа жизни (соблюдения рекомендаций моего лечащего врача).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- Склонность к развитию гипертрофических рубцов.
- Гиперчувствительность к гиалуроновой кислоте.
- Беременность и лактация.
- Surgiderm® 18/24XP/30/30XP не должны вводиться детям.
- Surgiderm® 18/24XP/30/30XP не должны вводиться в участки кожи, склонные к воспалению и/или инфицированию (акне, герпес и т.д.).
- Surgiderm® 18/24XP/30/30XP запрещены к использованию в сочетании с лазерной терапией, глубоким химическим пилингом или дермабразией.

Введение препарата не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения поверхностного пилинга.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно возникновение побочных эффектов:

- Воспалительные реакции (покраснение, отек, эритема) ассоциирующиеся с зудом, болью при надавливании, которые возникают после инъекции. Побочные реакции могут длиться около недели.
- Гематомы.
- Уплотнения или узелки на месте инъекции.
- Пигментация или депигментация кожи на месте инъекции.
- Эффект недостаточного наполнения.
- Известны случаи некроза в области межбровных складок, абсцесса, гранулемы, гиперчувствительности немедленного или замедленного типа после инъекций гиалуроновой кислоты. Поэтому следует учитывать эти потенциальные риски.

Я предупрежден(а), что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительной реакции свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры такие, как:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
- Не рекомендуется посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.
- Рекомендуется избегать массажа места введения препарата и/или надавливания на него в течение нескольких дней после инъекции.

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время обсудить протокол процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.



Номер серии Surgiderm®: _____

Дата процедуры: _____

Примечания: _____

Ф.И.О. пациента: _____

Подпись пациента: _____ «____» _____ 20__ г.

Ф.И.О. врача: _____

Подпись врача: _____ «____» _____ 20__ г.