

к договору ПК_/20 от __. __. _____

Информация Пациента и/или его доверенных лиц о рекомендованной ему процедуре инъекционного введения дермального препарата Juvederm VOLUMA with Lidocaine и условиях ее проведения, а также фиксирование информированного добровольного согласия Пациента или отказа от предложенных ему медицинских вмешательств.
(в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ")

1. Я понимаю, что мне предложены для ознакомления процедуры, перечисленные в приложении категории А.
2. Я понимаю, что любая косметологическая процедура или диагностическая манипуляция, в том числе и предложенные мне методы диагностики и лечения, имеют определенную степень риска развития осложнений.

3. Я также понимаю, что есть частные осложнения, связанные с предложенной мне процедурой, и что эти осложнения включают, но не ограничены осложнениями, приведенными ниже в пункте 4.

4. Я подтверждаю, что меня проинформировали: – О ходе процедуры с применением препарата Juvederm VOLUMA with Lidocaine, который представляет собой стерильный апирогенный физиологический гель на основе гиалуроновой кислоты неживого происхождения. Juvederm VOLUMA with Lidocaine является инъекционным имплантом, предназначенным для объёмной коррекции лица. Включение в препарат лидокаина предназначено для уменьшения болезненных ощущений у пациента во время процедуры. Процедура проводится с применением анестезии. Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата Juvederm VOLUMA with Lidocaine, может быть местной и инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях инъекционной анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Эффект от применения Juvederm VOLUMA with Lidocaine длится от 12 до 18 месяцев в среднем и зависит от типа кожи, зоны введения, инъекционной техники и образа жизни. Для оптимизации результата проводится повторная корректирующая процедура несколькими неделями позже.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Juvederm VOLUMA with Lidocaine: Не допускается введение препарата Juvederm VOLUMA with Lidocaine в кожу вокруг глазниц (веки, участки кожи под глазами, «гусиные лапки» и над переносицей, а также в губы и кровеносные сосуды (внутрисосудистое попадание препарата). Не прибегать к массивной коррекции лица. Не допускается использование препарата Juvederm VOLUMA with Lidocaine у пациентов: страдающих эпилепсией, не поддающейся лечению; со склонностью к развитию гипертрофированных рубцов; с известной повышенной чувствительностью к гиалуроновой кислоте, лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов; людям, страдающим порфирией, кормящих грудью женщин и детей. Juvederm VOLUMA with Lidocaine не должен вводиться в участки кожи с признаками воспаления и/или инфицирования (акне, герпес и т.д.) Juvederm VOLUMA with Lidocaine не должен использоваться одновременно с проведением лазерной терапии, глубокого химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица. Введение препарата не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения ее поверхностного отшелушивания.

5. Врач _____ разъяснил мне сущность следующих осложнений, которые могут возникнуть у меня в последующие дни, недели, месяцы и годы: После инъекции препарата возможно развитие различных видов воспалительных реакций кожи (покраснение, отёк, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобные реакции могут сохраниться в течении одной недели: Возникновение кровоподтеков, уплотнений или узелков на месте инъекции; окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения препарата; недостаточная эффективность процедуры или слабо выраженный эффект заполнения/объёмной коррекции. Учитывая имеющиеся сообщения о случаях возникновения некроза кожи над переносицей, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного или замедленного типа после введения гиалуроновой кислоты, необходимо принимать в расчет потенциальную опасность развития подобных осложнений. Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспаленной реакции свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА: Я обязуюсь соблюдать и выполнять 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 С; – 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 требуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

6. Я осознаю, что в медицинской практике могут встретиться другие непредвиденные осложнения, не обсужденные выше. Я также понимаю, что в течение данной процедуры или после ее окончания могут потребоваться дополнительные процедуры и я даю свое согласие на их проведение. Я также подтверждаю, что мне не давали никаких гарантий и обещаний относительно результатов процедур и манипуляций.

7. Я понимаю приведенная здесь информация, как и все, что обсуждалось со мной ранее, дает мне возможность получить исчерпывающие ответы на мои вопросы.

8. Основы предлагаемых мне в приложении категории А процедур, возможные выгоды и осложнения были объяснены мне врачом. Я понимаю, что врач не может учесть и разъяснить мне все возможные осложнения, но, я получил(а) удовлетворительные ответы на все вопросы. Я обладаю всей необходимой мне информацией о болезни, косметологических процедурах, возможных выгодах лечения и его осложнениях. Прочитав Договор с приложениями к нему (Приложение категории А и Приложение категории Б), и обсудив их содержание с врачом, я, своей подписью подтверждаю, что добровольно даю свое согласие на проведение вышеуказанных процедур моим врачом и/или его/ее коллегами с помощью обслуживающего персонала «Медицинского центра», а также на возможное присутствие наблюдателей. Я подтверждаю, что внимательно ознакомился(ась) с содержанием упомянутых документов, информирован(а) о возможных выгодах и осложнениях данных процедур.

9. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья

10. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

11. Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками, сбор, регистрацию и обработку сведений о состоянии моего здоровья исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

12. Я знаю, что должен(а) буду в течение 1,5 месяцев после процедуры инъекционного дермального введения препарата периодически показываться врачу «Медицинского центра», немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Согласие на проведение процедур и манипуляций: _____ (_____)

Дата __. __. ____