

Общество с ограниченной ответственностью

«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А

ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841

Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А Тел.:
+7-924-221-7000

Информированное согласие пациента на процедуру ботулинотерапии.

Я, пациент (законный представитель),

в соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - ФЗ
доверяю врачу:

_____ выполнить процедуру ботулинотерапии
препаратом Релатокс, Диспорт, Ксеомин, Миотокс (нужное подчеркнуть)

1. Врач мне объяснил действие препарата, и я осознаю, что:

- ✓ Препарат вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических морщин (складок) лица;
- ✓ Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает своего максимума на 10-14 день;
- ✓ Эффект после введения препарата сохраняется 3-4 месяца. По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура;
- ✓ После инъекции возможно возникновение временных обратимых побочных эффектов: болезненности в месте инъекции, головной боли (1,3%), гематомы в месте инъекции (3-10%), птоза верхнего века (3%), опущения или подъема бровей (<1%);
- ✓ В редких случаях (менее 5%) наблюдается нечувствительность к действию препарата;
- ✓ 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.

2. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до, и после процедуры для сравнительной оценки, также знаю, что проводится видеосъемка в процессе проведения процедуры.

3. Предупрежден(а), что во время процедуры возможна болезненность в местах введения препарата.

4. Предупрежден(а), что после процедуры могут возникнуть кровоизлияния, отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи, небольшие корочки в местах инъекций.

5. Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Область коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ

Серия препарата: _____

Объем растворителя: _____

Дата « ____ » _____ 2023 г. Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____