

**Общество с ограниченной ответственностью
«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»**

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841
Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А Тел.:
+7-924-221-7000

Информированное добровольное согласие на введение лонгидазы

Я, **ФИО** _____
_____ года рождения,
Проживающий(ая) по адресу: _____

Даю свое согласие на введение лонгидазы в косметических целях **врачом:**

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течении жизни, хронической сопутствующей патологии.

Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах.

Я осведомлен(а), что лонгидаза - это фермент, катализирующий реакции гидролитического расщепления и деполимеризации гиалуроновой кислоты и родственных ей соединений.

Я проинформирован(а) об основных возможных осложнениях, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Врач сообщил мне, что непосредственно после проведения процедуры в зоне инъекций может появиться отек, покраснение и ощущение болезненности кожи, а также возможно развитие гематом. Эти реакции являются нормальными и исчезают от 3 (отеки, покраснение, болезненность) до 7-10 суток (гематомы).

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний:

1. Индивидуальная непереносимость компонентов препарата;
2. Беременность и лактация;
3. Анафилактический шок в анамнезе;
4. Склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов;
5. Инфекция в месте введения препарата;
6. Заболевания и состояния, характеризующиеся нарушением свертываемости крови;
7. Повышенная температура тела;
8. Периоды обострения соматических заболеваний;
9. Прием ряда лекарственных препаратов, таких как антикоагулянты и антиагреганты, системные ретиноиды и др.;
10. Наличие местного воспалительного процесса в зоне предполагаемой инъекции;

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как вовремя, так и после проведенной манипуляции возможно появление непредвиденных обстоятельств и осложнений.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры.

Я даю согласие на фотографирование и видеосъемку, понимая, что эти материалы останутся собственностью центра. **Мне разъяснено**, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.

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