

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВВЕДЕНИЕ PROFILO® (ПРОФАЙЛО) – ИМПЛАНТАТ ДЛЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, СТЕРИЛЬНЫЙ, ДЛЯ ВНУТРИКОЖНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Я заявляю, что должным образом проинформирован(а) об использовании, показаниях, противопоказаниях, возможных нежелательных реакциях и осложнениях, связанных с применением упомянутого имплантата.

Я подтверждаю, что предоставил(а) точные и полные, насколько мне известно, сведения относительно своего общего состояния здоровья и ранее проведенных эстетических и лечебных мероприятий.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы, и я получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Кроме того, **мне разъяснено**, что:

- ▶ данное медицинское изделие представляет собой прозрачный биodeградируемый гель, содержащий гиалуроновую кислоту неживотного происхождения.
- ▶ длительность результата может меняться в зависимости от типа кожи, обработанной области, количества введенного изделия и техники инъекции.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Я осознаю, что после процедуры с применением упомянутого препарата:

может возникнуть воспалительная реакция (покраснение, отек и т.д.), иногда в сочетании с зудом и болью при прикосновении. Такая реакция может сохраняться в течение 7/10 дней. В месте введения медицинского изделия могут появиться уплотнения или узелки. Я также проинформирован(а) об очень редких, описанных в литературе случаях нарушения пигментации кожи в месте инъекции, некроза межбровной области, абсцесса, гранулемы и аллергической реакции после инъекций гиалуроновой кислоты.

Если воспалительная реакция сохраняется дольше 7/10 дни, я должен(а) немедленно связаться со своим врачом.

Я также заявляю, что получил(а) рекомендации, которым необходимо следовать в течение постинъекционного периода, и буду точно их исполнять.

Будучи должным образом проинформирован(а) и полностью понимая и преимущества вышеупомянутой процедуры, и связанные с ней возможные нежелательные реакции, **я даю разрешение и согласие** на проведение упомянутой процедуры доктору

.....
ФИО пациента

.....
Подпись пациента и дата

.....
ФИО доктора

.....
Подпись врача и дата

.....
Печать врача