

Информированное согласие на введение препарата Juvéderm® VOLUMA™

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

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

Juvéderm® VOLUMA™ представляет собой стерильный апиогенный физиологический гель на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения. Juvéderm® VOLUMA™ является инъекционным имплантатом, предназначенным для объемной коррекции лица.

Процедура проводится с применением анестезии. Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата Juvéderm® VOLUMA™, 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, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Эффект от применения Juvéderm® VOLUMA™ 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 Juvéderm® VOLUMA™:

- Склонность к развитию гипертрофических рубцов.
- Известная гиперчувствительность к гиалуроновой кислоте.
- Беременность и лактация.
- Juvéderm® VOLUMA™ не должен вводиться в участки кожи с признаками воспаления и/или инфицирования (акне, герпес и т. д.).
- Juvéderm® VOLUMA™ 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 пилинга.

Не рекомендуется:

- Использовать у детей.
- Использовать более 2 мл препарата Juvéderm® VOLUMA™ за один сеанс.
- С осторожностью принимать у пациентов, принимающих антикоагулянты, витамин С и препараты ацетилсалициловой кислоты.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

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

- После инъекции препарата возможно развитие различных видов воспалительных реакций кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобные реакции могут сохраняться в течение одной недели.
- Возникновение кровоподтеков.
- Возникновение уплотнений или узелков на месте инъекции.
- Окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения препарата.
- Недостаточная эффективность процедуры или слабо выраженный эффект заполнения/объемной 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 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 Juvéderm® VOLUMA™: _____

Дата процедуры: _____

Примечания: _____

Ф.И.О. пациента: _____

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

Ф.И.О. врача: _____

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