

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ВВЕДЕНИЕ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО ИМПЛАНТАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ГИАЛУРОНОВУЮ КИСЛОТУ -

ALIAXIN® GP Global Performance,
ALIAXIN® SR Shape & Restore,
ALIAXIN® FL Fine Lines,
ALIAXIN® EV Essential Volume.

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

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, **я понимаю,** что:

- данные препараты представляют собой прозрачные биodeградируемые гели, содержащие гиалуроновую кислоту неживотного происхождения;
- инъекционное введение данных препаратов осуществляется для коррекции дряблости кожи или для повышения увлажненности и эластичности кожи;
- средняя продолжительность результата инъекции, выполненной для коррекции дряблости кожи, составляет от 9 до 12 месяцев и может меняться в зависимости от типа кожи, обработанной области, количества введенного препарата и техники инъекции.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Я осознаю, что после процедуры с применением препарата для:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> коррекции морщин лба | <input type="checkbox"/> коррекции морщин в области межбровья |
| <input type="checkbox"/> коррекции морщин в области рта | <input type="checkbox"/> коррекции носогубных складок |
| <input type="checkbox"/> коррекции морщин на щеках | <input type="checkbox"/> коррекции комиссур губ |
| <input type="checkbox"/> коррекции глубоких носогубных складок | <input type="checkbox"/> увеличения объема скул и скуловой области |
| <input type="checkbox"/> коррекции контура губ | <input type="checkbox"/> коррекции овала лица |
| <input type="checkbox"/> | |

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 инъекции препарата могут появиться уплотнения или узелки. Я также проинформирован(а) об очень редких, описанных в литературе случаях нарушения пигментации кожи в месте инъекции, некроза в межбровной области, абсцесса, гранулемы и аллергической реакции после инъекций препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту.

Если воспалительная реакция сохраняется более 7-10 дней, я должен(а) немедленно обратиться к своему врачу.

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

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

.....
Полное имя пациента
(печатными буквами)

.....
Полное имя врача
(печатными буквами)

.....
Подпись пациента и дата

.....
Подпись врача и дата

.....
Печать врача