



## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ БИОРЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ЛИНИИ VISCODERM

Препараты **VISCODERM** (IBSA Pharmaceuticals, Италия) представляют собой стерильные биогели, содержащие высокоочищенную немодифицированную гиалуроновую кислоту неживотного происхождения. Предназначены для инъекционного введения в кожу лица, декольте, шеи, рук с целью глубокого и продолжительного увлажнения, повышения эластичности, уменьшения глубины морщин и сглаживания рельефа кожи.

Я (ФИО), \_\_\_\_\_

- Ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры биореструктуризации препаратами **VISCODERM** и даю свое согласие на ее проведение в области \_\_\_\_\_
- Осведомлен(а), что курс лечения проводится в несколько сеансов (3-4) с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего и последующего ухода за кожей в домашних и клинических условиях.
- Предупрежден(а), что процедуру сопровождает болезненность в местах введения препарата.
- Предупрежден(а), что после процедуры могут возникнуть кровоизлияния, отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи, небольшие корочки в местах вкола.
- Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.
- Осведомлен(а), что процедура биоревитализации препаратами **VISCODERM** не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается улучшением состояния кожи, уменьшением выраженности морщин.
- Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций врача по домашнему уходу за кожей освобождает его от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я согласен/ согласна на применение крема-анестетика

Да  Нет

Я согласен/ согласна на применение препаратов, содержащих лидокаин

Да  Нет

Данная мной информация, насколько я могу судить, соответствует действительности

Я не скрыл/а преднамеренно какой-либо информации о своем здоровье

Я согласен/согласна в дальнейшем информировать своего лечащего врача о каких-либо изменениях здоровья и о применяемых лекарственных средствах

Я согласен/согласна со следующим лечением:

\_\_\_\_\_  Да  Нет

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ф.И.О. (лечащего врача) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_