

**Meso-Wharton P199™**

by Dr. Petrikovsky MD

**Meso-Xanthin F199™**

by Dr. Petrikovsky MD

MESOSCULPT™ C71

MESO EYE™ C71

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (Ф.И.О.) .....

..... года рождения,

проживающий/ая по адресу: .....

Даю свое согласие на проведение процедуры препаратом *(нужное подчеркнуть)*

**Meso-Wharton P199™ / Meso-Xanthin F199™ / MesoSculpt™ C71 / MesoEye™ C71**

в косметических целях врачом (Ф.И.О.) .....

**Врач подробно проинформировал меня о показаниях и способе применения препарата.**

**Я имел/а возможность получить удовлетворительные ответы на заданные мной вопросы.**

**Я был/а особо проинформирован/а о возможном развитии побочных местных реакций на инъекции:**

легкий отек, покраснения, болезненность, зуд, кровоподтеки, которые в типичных случаях проходят самостоятельно в течение 3-х суток.

**Я ознакомлен/а со списком противопоказаний для введения препарата:**

1. Острые воспалительные высыпания (акне, герпес) или проявления хронических кожных заболеваний в зоне предполагаемых инъекций.
2. Индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.
3. Повышенная чувствительность к гиалуроновой кислоте.
4. Наличие в анамнезе аутоиммунной патологии или проведение иммуносупрессорной терапии, а так же обострения любого соматического заболевания.
5. Беременность и лактация.
6. Повышенная температура тела.
7. Прием лекарственных препаратов-антикоагулянтов, системных ретиноидов.
8. Наличие постоянного импланта в зонах предполагаемой коррекции.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесенных травмах и заболеваниях, о хронических сопутствующих патологиях.

**Я согласен/согласна на применение анестезирующих препаратов:**  Да  Нет

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

Пациент ..... Дата ..... Подпись .....

Врач ..... Дата ..... Подпись .....