

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПО ВВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ OMME

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах. Информация о состоянии моего здоровья представлена максимально полно.

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом медицинском изделии (МИ): дермальный филлер с гидроксипатитом кальция OMME.

Я осознаю, что филлер предназначен для локальных инъекций, используемых в контурной пластике без хирургического вмешательства, для коррекции морщин и восстановления объема тканей, а также создания дополнительного объема. Мне разъяснено, что эстетический эффект от введения филлера OMME в различные слои дермы является длительным, препарат находится в тканях от 4 месяцев до 2 лет в зависимости от индивидуальных особенностей организма, состояния кожи, области введения, количества введенного препарата, его типа, техники инъекции и образа жизни (соблюдения рекомендаций врача, курения, воздействия солнца и проч.), а также, что различные манипуляции, способствующие улучшению кровообращения в зоне инъекций изделия способствуют сокращению его пролонгированного действия.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения OMME, может быть местной, аппликационной и инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях различных видов анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Противопоказания

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения OMME:

- Острые и хронические заболевания кожи в местах инъекций и окружающих тканях;
- повышенная чувствительность к входящим в состав препарата компонентам;
- наличие онкологических заболеваний;
- беременность и период грудного вскармливания;
- обострение воспалительных заболеваний;
- нарушение свертываемости крови и применение антикоагулянтов;
- аутоиммунные заболевания;
- почечная недостаточность;
- введение препарата в область губ, вокруг рта, вокруг глаз;
- возраст до 18 лет;
- у пациентов с врожденной или идиопатической метгемоглобинемией;
- инфекционные заболевания;
- наличие других перманентных филлеров (имплантатов) в зоне предполагаемой инъекции;
- в местах расположения кровеносных сосудов (внутрисосудистое попадание препарата - системные расстройства;
- склонность к воспалениям и образованиям гипертрофических рубцов.

Побочное действие

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

- Реакции в местах инъекций: подкожные кровоизлияния, боль, отек, гематомы. (Реакции немедленного возникновения, т.к. возникает в момент проведения инъекции и обусловлено самой спецификой процедуры. Данные реакции проходят самостоятельно в течение 2-7 дней.) Возникновения уплотнений в месте введения филлера. Уплотнения ткани не заметны внешне, но могут прощупываться. Гранулематозная реакция может возникнуть при наличии патологического агента.

- Реакции со стороны иммунной системы: при наличии повышенной чувствительности к входящим в состав препарата компонентам возможно развитие гиперчувствительности, аллергических реакций (кожный волдырь, аллергическая крапивница, анафилактический шок, ангионевротический отек (отек Квинке). Реакции замедленного типа отсутствуют при применении изделия в соответствии с настоящей инструкцией, однако они могут возникнуть при его использовании в случае наличия патологического агента (заболеваний, являющихся противопоказаниями к применению).

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 и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры, такие как:

- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
- Не посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.
- Принимать все лекарства, назначенные врачом

✓ Таким образом, я осознанно и ответственно даю свое согласие на проведение данной процедуры по введению медицинского изделия дермальный филлер OMME моим лечащим врачом.

✓ Также, я осознанно и ответственно даю свое согласие на использование препаратов, содержащих лидокаин 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.

Оценка перед лечением

Ожидания и замечания пациента:

Комментарий лечащего врача:

ФИО лечащего врача _____

Подпись _____

Дата ____/____/____

ФИО пациента _____

Подпись _____

Дата ____/____/____



МЕСТО ДЛЯ ЭТИКЕТКИ ПРЕПАРАТА