

КОЛЛОСТ®

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ
КОЛЛАГЕНОВЫЙ КОМПЛЕКС



ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ (ФИО пациента),
Проживающий (ая) по адресу _____
даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата КОЛЛОСТ® в косметических целях
врачом _____ (ФИО врача)

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.

Я осведомлен(а), что препарат КОЛЛОСТ® представляет собой гель содержащий коллаген I типа нативный нереконструированный из кожи крупного рогатого скота. Бесцветный или слегка желтоватый непрозрачный гель, с содержанием коллагена 7% или 15% в растворе глюкозы 10% для инфузий.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата КОЛЛОСТ®, может быть местной и инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях инъекционной анестезии, которые могут проявиться в виде различных аллергических реакций (анафилактический шок, отек Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Я ОЗНАКОМЛЕН(А) СО СПИСКОМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГЕЛЯ КОЛЛОСТ®:

- Положительная тест-проба
- Тяжелые хронические заболевания в стадии обострения
- Аутоиммунные заболевания
- Склонность к формированию гипертрофических и келоидных рубцов
- Нарушение свертываемости крови
- Дерматозы в стадии обострения

Применение в период беременности и лактации не изучено.

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

1. Воспалительная реакция в месте инъекций (отек, эритема, покраснение и т. д.), которая может сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобная воспалительная реакция может сохраняться до 7 дней.
2. Гематомы (до 7 дней).
3. Уплотнения и узелки.
4. Изменение цвета кожи в области введения препарата.

Врач предупредил меня, что 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 РЕКОМЕНДАЦИИ МОЕГО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ДО И ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ, ТАКИЕ КАК:

1. Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
2. Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
3. Посещать баню и сауну непосредственно сразу после процедуры.

При развитии осложнений проводится экспертиза комиссией клиники.

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.

Пациент _____ Подпись пациента _____ «__» _____ 20__ г.

Врач _____ Подпись врача _____ «__» _____ 20__ г.