

Я,

даю свое согласие на проведение процедуры введения МИ КОЛЛОСТ® с целью коррекции дефектов кожи и ее лечения, подготовки к пластическим операциям и реабилитации после них.

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 (в том числе поллиноз). Мне разъяснено, что тест-проба на гиперчувствительность к компонентам препарата является рекомендуемой и врач принимает решение о ее необходимости исходя из собранного анамнеза и моего аллергостатуса. 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 МИ КОЛЛОСТ® представляет собой коллаген I типа нативный нереконструированный из шкуры крупного рогатого скота. Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения МИ 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, обморок, коллапс) и постинъекционных гематом.

Я подтверждаю, что эстетический эффект от применения МИ КОЛЛОСТ® зависит от состояния кожи, области введения, количества введенного препарата и его формы (КОЛЛОСТ® гель 7%, КОЛЛОСТ® гель 15%, КОЛЛОСТ® микро), кратности процедур, количества назначенного курса терапии врачом, моего образа жизни (например, курения или воздействия солнца).

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения МИ КОЛЛОСТ®:

- Положительная тест-проба (в случае ее проведения)
- Тяжелые хронические заболевания в стадии обострения
- Нарушение свертываемости крови

Я ознакомлен(а) со списком относительных противопоказаний для введения МИ КОЛЛОСТ®:

- Аутоиммунные заболевания
- Склонность к формированию гипертрофических и келоидных рубцов
- 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 проведения манипуляции возможно возникновение побочных эффектов:

1. Воспалительная реакция в месте инъекций (отек, эритема, покраснения и т.д.), которая может сопровождаться небольшим зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобная воспалительная реакция может сохраняться до 7 дней.
2. Гематомы (до 7 дней).
3. Уплотнения и «застойные» пятна до 7-10 дней.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры. Я проинформирован(а), что после процедуры:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата
- Необходимо избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже – 20°C
- Не рекомендуется посещать сауну и баню в течение 2-х дней после процедуры

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мной обдуманного решения
- Дал мне возможность задать до начала процедуры все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию
- Дал мне время обсудить протокол процедуры
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья

Я обязуюсь связываться с врачом в случае возникновения каких-либо непредвиденных проявлений на коже, а также при возникновении вопросов, связанных с реабилитационным периодом.

Я согласен(а) на проведение фото-видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях. Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Номер серии препарата: _____

Подпись пациента: _____ / _____ /

Подпись врача: _____ / _____ /

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.