

НАСТОЯЩЕЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ СОСТАВЛЕНО В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЯМИ 19, 20 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" ОТ 21.11.2011 Г. № 323-ФЗ.

Я, _____
(ФИО)

проживающий (ая) по адресу: _____

Я даю свое согласие на проведение процедуры введения МИ МИРАКОЛЛ филлер.

• Мой лечащий врач разъяснил мне показания и способ применения препаратов, которые будут использованы в ходе моего лечения. Я получил(а) исчерпывающую информацию о том, что препарат представляет собой стерильный гель, содержащий бычий коллаген, стабилизированный технологией CarboSafeCross® для инъекционного введения с целью коррекции морщин, контура, объемов лица и тела.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению препарата и с самой процедурой. Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов коррекции мне объяснены, и я их полностью понял(а).

Мое внимание было обращено на то, что после процедуры морщины на коже не исчезают, а становятся менее заметными. Кроме того, в местах введения препарата может проявиться местная реакция тканей: припухлость (отек), покраснение, болезненность при прикосновении, зуд, мелкие кровоизлияния. В течение недели после инъекционной коррекции эти реакции обычно самопроизвольно проходят.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от места инъекции, типа кожи и техники введения длительность эстетического эффекта от применения препаратов может варьировать от 6 месяцев до одного года. Иногда возникает необходимость дополнительной коррекции.

• Врачом мне объяснено следующее: имплантаты временного действия после истечения срока их действия в тканях, оговоренного фирмой-производителем, полностью рассасываются, и корригированная область вновь может приобретать вид, который имела до момента введения препарата. Срок действия рассасывающихся препаратов может укорачиваться или удлиняться относительно сроков, оговоренных фирмой-производителем, и это может зависеть от особенностей протекания биохимических процессов в моем организме.

• Мне сообщено, что в литературе описаны случаи развития аллергических реакций после введения имплантатов, а также случаи развития реакций воспалительного характера или фиброза, которые нуждаются в медикаментозном лечении.

• Я понимаю, что медицина – неточная наука, и даже опытный врач не в состоянии абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Врач не гарантировал мне этого на 100 %.

• Я также понимаю, что две половины человеческого лица всегда асимметричны и имеют некоторые различия в форме и размерах, и эти различия остаются после процедуры. Мне полностью ясно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных или общих осложнений или стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты коррекции и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе и материальную.

• В случае ухудшения самочувствия и возникновения осложнений я обязан(а) незамедлительно явиться на медицинский осмотр к лечащему врачу, не прибегая к помощи специалистов других медицинских учреждений. В случае обращения Пациента в период получения настоящей услуги в стороннюю медицинскую организацию, лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведение альтернативного вмешательства.

• Я удостоверяю, что ознакомился(лась) с приведенной выше информацией, а полученные мною разъяснения меня полностью удовлетворяют, что рекомендации на период после процедуры доведены до моего сведения. Я буду их исполнять.

• Я подтверждаю, что ранее:

никакой имплантат не вводился

вводился имплантат

какой и когда _____

Я добросовестно ответил(а) на все вопросы касающиеся моего здоровья и подтверждаю, что буду следовать данным мне советам относительно восстановительного периода.

Я согласен/согласна со следующим лечением _____
(Да/Нет)

ФИО пациента _____ / _____ / Подпись

ФИО врача _____ / _____ / Подпись

Дата заполнения « _____ » 20 ____ г.