

Медицинский центр «Графф»  
ООО "Омега"  
ОГРН: 1187746152208  
ИНН: 7724430265 КПП: 774301001  
р/с: 40702810138000171057 в ПАО «Сбербанк России» г. Москва  
к/с: 30101810400000000225  
БИК: 044525225  
125412, город Москва, Талдомская улица, дом 11 корпус 1, этаж 1 пом 1

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОЦЕДУРУ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

находясь на лечении в ООО «Омега» проинформирован(а) о методике выполнения процедуры биоревитализации с применением препаратов гиалуроновой кислоты и уполномочиваю врача (-ей)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество врача)  
выполнить мне процедуру биоревитализации с применением препарата  
\_\_\_\_\_  
(наименование препарата гиалуроновой кислоты)

Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры биоревитализации и с ходом самой процедуры. Мне понятно, что процедура представляет собой метод внутридермального инъекционного введения растворов (гелей) с высоким содержанием гиалуроновой кислоты и минимальным содержанием вспомогательных компонентов, чем объясняется узкий спектр воздействия на патологические очаги и хорошая переносимость. Вещество хорошо растворяется в тканях, действует быстрее, стимулирует естественного синтеза гиалуроновой кислоты, выравнивает рельеф кожи. Биоревитализация – это подвид мезотерапии, применяемый для удаления «сложных» морщин – у губ, глаз, носа, а также в качестве предварительного этапа контурной пластики. Общими показаниями к обеим процедурам являются восстановление регенерации кожи, моделирование контуров лица, избавление от морщин. Я осведомлен(а) о следующих обстоятельствах лечения препаратами на основе гиалуроновой кислоты:

1. Срок эффективного действия препарата составляет до 4 месяцев, после чего может возникнуть необходимость в повторных инъекциях.
2. Действие препарата наступает сразу после проведенной инъекции.
3. В срок до 7 дней после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты:
  - локальная отечность в виде папул в местах инъекций;
  - легкая болезненность в местах инъекций;

- точечные подкожные кровоизлияния в местах инъекций.
4. Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о нижеследующем:
- хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях;
  - аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты;
  - лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях;
  - лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время;
  - вредных привычках.
5. Противопоказаниями к инъекции препарата на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения являются:
- нарушение свертываемости крови;
  - острые воспалительные процессы в предполагаемых местах инъекций;
  - системные заболевания соединительной ткани в стадии обострения;
  - обострения хронических заболеваний, ОРЗ, герпес;
  - наличие геля длительного действия;
  - состояние иммунодефицита;
  - онкологические заболевания.
6. Уход после процедуры:
- Избегать воздействия высокой температуры на область инъекций в течение 7 дней (сауна, баня, солярий);
  - Использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения гиперпигментации;
  - Исключить прием алкоголя за 2 дня до и 2 дня после проведения процедуры;
  - Применение физиотерапевтических методов лечения (массаж, микротоки, фонофорез и др.) может привести к ускоренной биодеградации препарата.
7. Особые указания: Препарат на основе гиалуроновой кислоты обеспечивает длительный, но не постоянный эффект. В дальнейшем можно решить, что делать: повторить то же самое или предпочесть комбинированные методики коррекции; Основной курс состоит из 3–5 процедур с интервалом 3 недели. Поддерживающий курс составляет 1 процедура препарата \_\_\_\_\_
- 
- 

с интервалом 2 месяца после основного курса. Повторение основного курса рекомендуется через 6 месяцев.

**Я подтверждаю,** что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрывая информацию о состоянии своего здоровья.

**Я предупрежден(а)**, что в случае несоблюдения предписанных рекомендаций после проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения.

**Я понимаю**, что небольшая асимметрия тела (практически незаметные различия в строении правой и левой половины) является нормальным физиологическим состоянием, обусловленным генетическими особенностями и эти различия могут сохраняться после процедуры.

**Я понимаю**, что выполнение данной процедуры не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата на 100% в независимости от количества выполненных процедур.

**Мне сообщили**, что при проведении процедуры биоревитализации возможно применение местной анестезии (аппликационной) с целью обезболивания, эффективность которой так же не может быть гарантирована, но гарантировано выполнение всех процедур специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих правил применения и норм санитарно-эпидемиологического режима.

**Я имел(а) возможность** задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

**Мною получена вся информация**, и она мне понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением данной процедуры препаратом на основе гиалуроновой кислоты. Даны рекомендации до и после ее проведения.

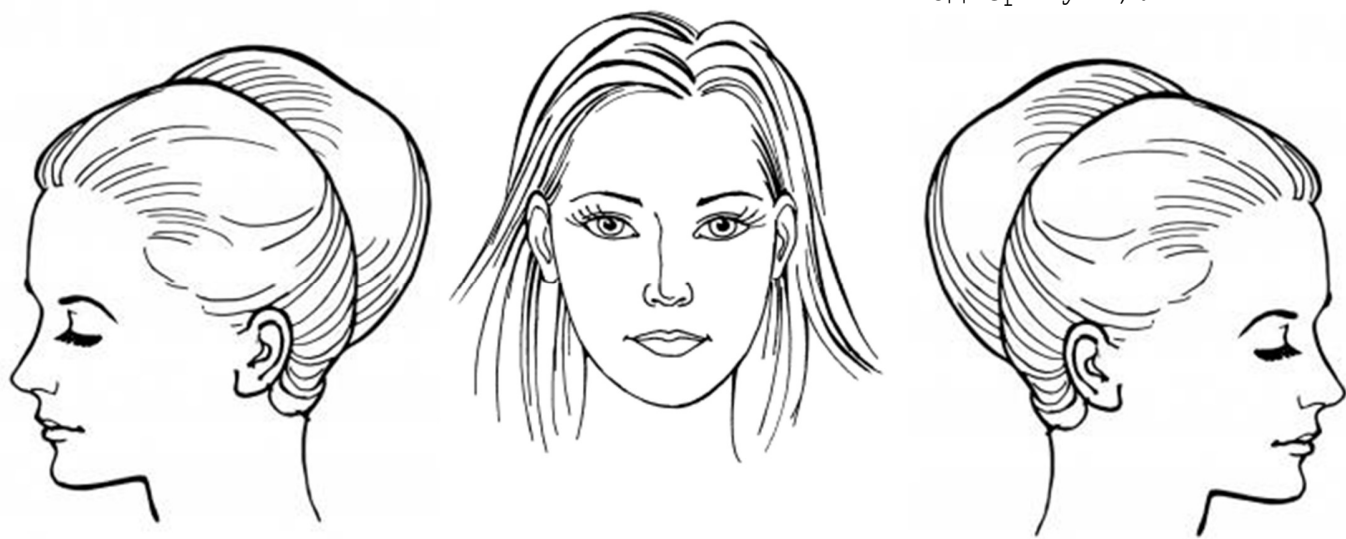
**Я удостоверяю**, что текст моего информированного согласия на указанную манипуляцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

**Я подтверждаю** свое согласие на процедуру.

Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре биоревитализации, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется.

Своей подписью я так же подтверждаю, что в области, предназначенные для коррекции, мне не были введены иные, кроме указанных в согласии, инъекционные препараты другого состава.

Я даю (не даю) согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов (нужное подчеркнуть).



Врач: \_\_\_\_\_  
(подпись врача (-ей), фамилия, имя, отчество, дата)

Пациент \_\_\_\_\_  
(подпись пациента, либо его доверенного лица, Ф.И.О, дата)



