

**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

Я, \_\_\_\_\_ г. р.,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата Ботокс® в косметических целях, врачом

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: \_\_\_\_\_

## **Информированное согласие на введение препарата Ботокс®**

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:

Препарат Ботокс® предназначен для коррекции мимических морщин и вводится путем внутримышечной инъекции.

Инъекции Ботокса должен осуществлять квалифицированный врач, прошедший курс специальной подготовки и получивший разрешение фирмы-производителя.

Допускается проведение инъекций амбулаторно в условиях процедурного кабинета.

Не рекомендуется использовать препарат Ботокс® для коррекции вертикальных межбровных мимических морщин у пациентов младше 18 и старше 65 лет.

### **Противопоказания:**

**Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Ботокс®:**

#### **Общие:**

- Доказанная гиперчувствительность к любому компоненту препарата.
- Воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции (инъекций).
- Острая фаза инфекционных заболеваний.
- Беременность и лактация.

#### **Для блефароспазма и коррекции мимических мышц:**

- Выраженный гравитационный птоз тканей лица.
- Выраженные «грыжи» в области верхних и нижних век.

**Препарат Ботокс® необходимо с осторожностью использовать в следующих случаях:**

- При выраженной асимметрии лица.

- При птозе, дерматохалазисе, глубоких рубцах.
- У пациентов с плотной кожей или при отсутствии значительного сглаживания вертикальных мимических межбровных морщин при механическом растяжении кожи.

**Побочное действие:**

**Я ознакомлен(а) со списком нежелательных реакций, которые могут проявиться при применении препарата Ботокс® для коррекции мимических морщин:**

**Нежелательные реакции при коррекции мимических морщин:**

- Со стороны нервной системы: головные боли, парестезии.
- Со стороны глаз: птоз.
- Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота.
- Со стороны кожи: эритема, стянутость кожи.
- Со стороны опорно-двигательной системы: мышечная слабость.
- Общие реакции и реакции в месте введения: боли в области лица, отек места инъекции, экхимозы, боли в месте инъекции, раздражение кожи в месте инъекции.

Частота побочных реакций составляет 1–10%.

**Я предупрежден(а)**, что если какой-либо из побочных эффектов становится более выраженным или если проявляется побочный эффект, не перечисленный в данном списке, следует немедленно обратиться к своему лечащему врачу.

**Взаимодействие с другими лекарственными средствами:**

При одновременном применении действие препарата Ботокс® потенцируют антибиотики группы аминогликозидов, эритромицин, тетрациклин, полимиксины, средства, уменьшающие нервно-мышечную передачу (особенно курареподобные миорелаксанты).

Исследования по лекарственному взаимодействию не проводились. Клинически значимых случаев лекарственного взаимодействия не описано.

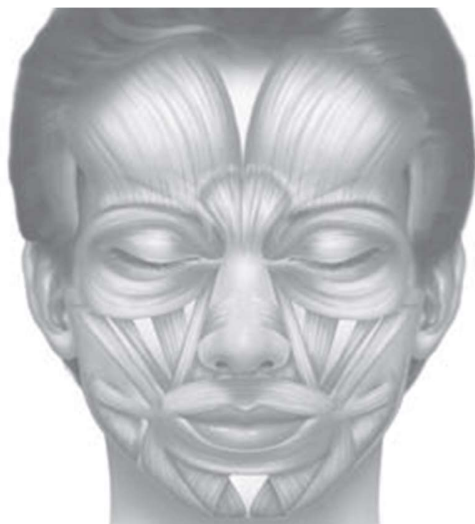
Эстетический эффект препарата Ботокс® наступает, как правило, в течение недели после процедуры и сохраняется до 4 месяцев.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время на обсуждение протокола 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.



Номер серии Ботокс®: \_\_\_\_\_

Дата процедуры: \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О. врача: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.