

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (Ф.И.О.) _____

_____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____

контактный телефон: _____

даю свое согласие на проведение процедуры препаратом _____

в косметических целях врачом (Ф.И.О.) _____

Контактный телефон врача: _____

Врач подробно проинформировал меня о показаниях и способе применения препарата.

Я получил(а) удовлетворяющие ответы на заданные мной вопросы.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном развитии нежелательных местных реакций, в том числе аллергических, на инъекции препарата.

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

1. Беременность, период лактации
2. Онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция
3. Сердечно-сосудистая патология (ГБ III ст., ИБС)
4. Эпилепсия
5. Нефропатия, хроническая почечная недостаточность
6. Нарушения свертываемости крови в результате заболеваний (гемофилия), аутоиммунные заболевания
7. Применение антикоагулянтов (гепарин, кальципарин, кумарины, неодикумарин, фенилин, ингибиторы гомеостаза из пиявок) и/или дезагрегантов (аспирин, трентал, вазопростан, тиклид, дипиридамол)
8. Индивидуальная непереносимость лекарственных (косметических) средств, аллергические заболевания, идиосинкразии
9. Склонность к патологическому рубцеванию
10. Подагра (для препаратов ДНК-РНК)
11. Острые инфекционные и воспалительные заболевания (в том числе герпес, папилломы)
12. Соматические заболевания в период обострения
13. Массивные вмешательства в челюстно-лицевой области

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесенных травмах и заболеваниях, о хронической сопутствующей патологии.

Я согласен(а) на применение анестезирующих препаратов: Да Нет

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации врача до и после процедуры.

Я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Пациент.....Подпись.....Дата.....

Врач.....Подпись.....Дата.....