

**Информированное согласие пациента на процедуру
биоревитализации препаратом на основе гиалуроновой кислоты**

Я _____

дата рождения _____

Осведомлен(а) о следующих обстоятельствах лечения препаратом на основе гиалуроновой кислоты:

1. Срок эффективного действия препарата составляет до 4 месяцев, после чего возможна повторная инъекция.

2. Действие препарата наступает сразу после проведенной инъекции.

В срок до 7 дней после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты:

- отечность в местах инъекций;
- легкая болезненность в местах инъекций;
- подкожные кровоизлияния в местах инъекций.

3. Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о:

- 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.

4. 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.

Я предупрежден (а), что в случае неполной или недостаточной информации по указанным вопросам в результате проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения..

Пациент: _____

Врач: _____

«___» _____ 20 г.