**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**Проведение процедуры коррекции мимических морщин**

**препаратом ботулотоксина типа А \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Город Оренбург

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года No323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя.

**Цель медицинского вмешательства:** коррекция гиперкинетических складок лица (мимических морщин) у

взрослых: мимических морщин вобласти лба, межбровной и параорбитальной зонах («гусиные лапки»), спинки

носа, подбородка, горизонтальные и вертикальные морщины шеи, углов рта, области декольте.

**Метод медицинского вмешательства:** внутримышечное инъекционное введение ботулотоксина типа А.

**Показания для проведения:** мимические морщины в области лба, межбровной и параорбитальной зонах

(«гусиные лапки»), спинки носа, подбородка, горизонтальные и вертикальные морщины шеи, углов рта, области

декольте.

**Противопоказания для проведения процедуры:**

• Возраст до 18 лет;

• Повышенная чувствительность к компонентам препарата;

• Воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции;

• Острая фаза инфекционных заболеваний;

• Выраженный гравитационный птоз тканей лица;

• Выраженные грыжи в области верхних и нижних век;

• Период менее 3 месяцев после перенесенной хирургической операции на лице;

• Беременность, лактация (грудное вскармливание);

• Синдром быстрой утомляемости поперечнополосатых мышц или ложном параличе;

• Близорукость, дальнозоркость высокой степени;

• Анафилактический шок в анамнезе;

• Повышенная температура тела;

• Период обострения соматических заболеваний.

**Возможные нежелательные явления.** После проведения процедуры могут появиться временные реакции,

типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течение нескольких часов или дней, отечность,

болезненность и гематомы в местах инъекций.

**Особые указания. Побочное действие.** Местные реакции: боль в месте инъекции, раздражение и отек,

уплотнение, эритема, стянутость кожи, гиперемия, микрогематомы, экхимозы, точечный кератит. При

неквалифицированном выполнении процедуры возможны травмы иглой нервов и сосудов. Реакции, связанные

с распространением препарата на мышечные группы, расположенные вблизи места инъекции: опущение

межбровной области, латеральных участков бровей, птоз, нарушение аккомодации, сухость в глазах, фотофобия

и повышенное слезоотделение, трудность смыкания век, лагофтальм, парез и паралич мимической мускулатуры,

асимметрия углов рта, нарушение артикуляции, онемение губ. Системные реакции: общая слабость, головная

боль, головокружение, тошнота, сонливость.

Возможно кратковременное повышение температуры до 37,5°С.

Я понимаю, что косметология – 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.

Я предупрежден (а), что в случае неполной или недостаточной информации по указанным вопросам в результате

проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения.

**ДОПОЛНЕНИЕ:**

Я подтверждаю, что меня в полном объёме и в доступной для меня форме проинформировали и разъяснили

цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные последствия, в том числе

вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства.

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листе и иных представленных мне

для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной

консультации. Мною предоставлена лечащему врачу полная и исчерпывающая информация о моем организме,

которая может повлиять на процесс и результат Медицинского вмешательства.

Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, в том числе о

Возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие

ответы на мои вопросы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения, мне больше не

требуется дополнительное время для обдумывания решения.

Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала

лечения. Настоящим я даю согласие на проведение Медицинского вмешательства, на изменение или продление

Медицинского вмешательства, в том числе повторное и последующие Медицинские вмешательства, на

совершение любых действий, которые могут понадобиться в процессе Медицинского вмешательства в связи с

возникшими непредвиденными ситуациями, на запись информации, полученной в процессе или результате

Медицинского вмешательства, на любые носители информации. Я предоставляю Клинике свое согласие на

использование Клиникой моих изображений, включая фотографии, полученные Клиникой при оказании мне

медицинских услуг, путем их размещения на сайте Клиники, страницах Клиники в социальных сетях, в печатных

материалах и изданиях, в целях информирования потребителей о результатах оказания медицинских услуг в

Клинике, в том числе в составе рекламных материалов Клиники, при условии, что Клиникой приняты

меры по предотвращению возможности идентификации меня по изображению посредством предварительной

обработки полученных изображений.

Я извещен(а) о том, что в случае появления побочных явлений или вопросов, необходимо сразу же обратиться

к лечащему врачу по телефону: 8-919-842-14-50.

Я полностью ознакомился/ознакомилась с документом, мне все понятно, и я согласен/согласна со всеми

положениями. Согласия, что подтверждаю собственноручно. Согласие является приложением к медицинской

карте Пациента.

|  |  |
| --- | --- |
| Общая доза введенного препарата [Процедура] \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия препарата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Срок годности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Растворитель: физ. раствор  Объем растворителя: 0,8  Подписи:  Врач: Лизунов Петр Геннадьевич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата процедуры: [Дата]  Пациент: [ФИО] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Комментарии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

"ПАЦИЕНТ ПРЕВЫШЕ ВСЕГО"

Спасибо, что выбрали нашу клинику.

Если у вас появятся вопросы или понадобится консультация обратитесь к нам, мы оперативно ответим.

Мы работаем с 10:00 до 20:00 в будни, с 10:00 до 18:00 в выходные дни.

Телефон клиники клиники: 96-19-01, 8-912-846-19-01 («WhatsАpp»).