

## Добровольное информированное согласие пациента

Я \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) \_\_\_\_\_ года рождения,

адрес: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
даю свое согласие на проведение процедуры введения мне препарата «**PLINEST**», «**PLINEST fast**» (далее именуется «препарат»)

Настоящим подтверждаю, что я получил(а) всю информацию о проводимой процедуре, включая информацию о показаниях и противопоказаниях к ней, возможных побочных эффектах, длительности эффекта от процедуры, а также подробные рекомендации до и после введения препарата.

У меня была возможность задать врачу интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вся информация, которую я получил(а) в ходе консультирования, была изложена на доступном и понятном мне языке.

Я осведомлен(а) о том, что:

- Препарат представляет собой стерильный гель с полинуклеотидами для интрадермального введения;
- Данная процедура проводится под анестезией.

Я ознакомлена с противопоказаниями:

- противопоказан пациентам с тяжелыми формами аллергии, а также имеющим в анамнезе анафилактический шок, либо страдающие множественной гиперчувствительностью;
- не следует применять для лечения пациентов с известной гиперчувствительностью к любому из его компонентов;
- не следует применять в случае острых или хронических заболеваний кожи (инфекции или воспаления).

Мне выданы следующие рекомендации: необходимо максимально избегать чрезмерного воздействия солнечных лучей, излучения ультрафиолетовой лампы и сильного холода на обработанное место до тех пор, пока не исчезнут первоначальные симптомы – отек, покраснение. Не рекомендуется использовать косметику в течение 12 часов после инъекции препаратом «**PLINEST**», «**PLINEST fast**», «**iALEST**».

Врач предупредил меня, и я осознаю, что во время и после проведенной процедуры возможны следующие проявления (побочные эффекты): гиперчувствительность, аллергические реакции, воспаление, инфицирование, образование свища, гематомы, серомы, экстрוזии, образование затвердения, неполноценное заживление, недостаточную или чрезмерную аугментацию, потерю коррекции, локальное расстройство кровообращения в случае инфицирования кровеносного сосуда вследствие его разрыва.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры и незамедлительно лично (очно) обратиться к врачу, проводившему процедуру, если воспалительная реакция или другие побочные эффекты будут продолжаться более 5-7 дней.

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я согласен (на) на проведение фотосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фотографии до и после проведения процедур.

Подтверждаю, что на момент предоставления настоящего добровольного информированного согласия мой возраст \_\_\_\_\_ лет, дееспособность не прекращалась и не ограничивалась решением суда.

С учетом сообщенных мне сведений, в соответствии со статьей 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, я даю информированное добровольное согласие на проведение вышеуказанной процедуры

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент \_\_\_\_\_

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

Врач \_\_\_\_\_

Контактные координаты врача

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