

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВВЕДЕНИЕ НИТЕЙ

Я (Ф.И.О. пациента) _____

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт: _____, Выдан: _____

Механизм действия:

Нить имеет на своём протяжении заусенцы, которые оказывают поддерживающий эффект на всём протяжении нити. Сразу после процедуры кожа выглядит «припосаженной»; для наилучшего эффекта во время процедуры делается небольшая гиперкоррекция. Поэтому первичный эффект от процедуры оценивается не ранее 10-14 дней. В течение этого времени пациент будет ощущать покалывание по ходу введения нити, небольшую болезненность, возможно появление незначительных гематом. Пальпаторно нить ощущается до 1,5 месяцев, при этом внешне не видна. Косметический эффект от введения нитей из полимолочной кислоты сохраняется до 2-х лет. Достоинством этой процедуры является ещё и тот факт, что полимолочная кислота при резорбции стимулирует выработку собственного коллагена. Затем возможна повторная процедура.

1. Я осведомлен(а) о методе устранения гравитационных морщин лица с помощью введения нитей и даю согласие на её проведение в области _____

2. Я даю согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов.

3. Я осведомлен(а), что процедура проводится в амбулаторных условиях и требует последующего ухода за кожей в домашних условиях.

4. Процедура проводится под местной анестезией. Применялся препарат _____

Я извещена:

Побочные действия встречаются редко и носят обратимый характер.

Чаще всего возникают небольшие гематомы, отёчность, гиперемия (покраснение) в областях введения нитей, которые проходят самостоятельно в течение нескольких дней.

Могут наблюдаться втягивания в местах прилегания нити и нахождения на ней заусениц, которые проходят в течение 10-14 дней.

Возможно снижение чувствительности мочки уха (1-5% случаев), проходящее самостоятельно и не являющееся осложнением.

При анестезии щеечно-скуловой зоны возможно легкое подёргивание века, затруднение сжимания век (5-10% случаев), проходящее в течение 30-40 минут самостоятельно.

Из-за особенностей мимики может появиться асимметрия лица, которая ликвидируется самостоятельно через некоторое время.

Я обязуюсь после проведения процедуры:

1. В течение первых суток не прикасаться к местам введения нитей, прикладывать на 3-5 минут лед 3-4 раза в день

2. Ни в коем случае не пытаться расправить места введения нитей

3. 1-й, 2-й, 3-й дни исключить горячую пищу и питьё

4. В течение 3-4 недель значительно ограничить мимические движения

5. Не посещать сауну, баню как минимум две недели

6. В течение 1 месяца исключить физиопроцедуры и массаж лица, позднее массаж лица допускается, но без высокой активности в зоне постановки нитей.

Я отрицаю наличие у меня следующих заболеваний:

1. Гемофилия

2. Беременность или грудное вскармливание

3. Повышенная чувствительность к компонентам препарата

4. Явления воспаления в зоне предполагаемой инъекции

5. Обострение хронических заболеваний

6. Гепатит, СПИД

7. Заживление порезов и ссадин происходит без образования гипертрофических рубцов

8. В настоящее время я не принимаю препараты, увеличивающие время кровотечения (аспирин и др.)

При возникновении осложнений:

1. Высокой температуры тела (более 37,5)

2. Пульсирующих болях

3. Выраженной асимметрии

4. Увеличения отёка тканей

НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЬСЯ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ!

" ____ " _____ 20 ____ Подпись врача: _____ Подпись пациента: _____