

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры введения искусственного имплантата на основе гидроксиапатита кальция (Radiesse, Радиесс) в мягкие ткани (код услуги А11.01.012 согласно приказу МЗ РФ от 13.10.17г №804н)

Я (Ф.И.О. пациента) _____

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

паспорт: _____, выдан: _____

Цель оказания услуги

Инъекционное введение препарата на основе гидроксиапатита кальция приводит к временному увеличению объема мягких тканей лица и/или тела, что, в свою очередь, обеспечивает длительную коррекцию инволюционных (возрастных) изменений кожи в области введения препарата, выражающуюся в легких и умеренных признаках дряблости и птоза мягких тканей лица и шеи (птоз и/или избыток мягких тканей щечно-скуловых областей, носогубные складки, губоподбородочные складки, деформация овала лица, ментальных областей, атрофические изменения и неровный рельеф кожи и подкожных тканей). Инъекционное введение препарата на основе гидроксиапатита кальция в области кожи тела, верхних и нижних конечностей проводится с целью временной коррекции инволюционных (возрастных) изменений тел, выражающихся в виде умеренной в легких и умеренных признаках птоза и дряблости мягких тканей в области: декольте, внутренней поверхности плеч, живота, внутренней поверхности бедер, надколенных областей, а так же с целью устранения последствий липодистрофии тканей в начальной стадии и в комплексной терапии атрофических полос (стрий).

Метод проведения процедуры

Процедура введения искусственного имплантата на основе гидроксиапатита кальция (Radiesse, Радиесс) выполняется врачом косметологом в условиях процедурного кабинета после демакияжа и 2-3кратной предварительной обработки зоны коррекции кожным антисептиком для наружного применения (хлоргексидина биглюконат 0,05%), с последующей 2-3 кратной обработкой спиртовой салфеткой. Иногда процедура выполняется под местной аппликационной анестезией (крем «Эмла» и «Акриол Про»). Процедура введения искусственного имплантата на основе гидроксиапатита кальция (Radiesse, Радиесс) – это глубокое дермальное или субдермальное введение стерилизованного паром, не содержащего латекса, апиrogenного, полутвердого когезионного, полностью биологически деградируемого препарата при помощи стерильной одноразовой иглы или стерильной одноразовой канюли с использованием линейной, мультипунктурной, веерной, болюсной, армирующей техник. После введения препарат равномерно распределяется в тканях при помощи моделирующего массажа. Возможно, локальное охлаждение кожи на 15–20 минут с целью уменьшения гематом (при необходимости) и/или нанесение наружных препаратов улучшающих ранозаживление непосредственно после процедуры. Вся процедура занимает от 40 минут до 2 часов.

Предполагаемый результат

После введения в глубокий дермальный и субдермальные слои кожи препарат постепенно биодеградирует (рассасывается), замещаясь растущими мягкими тканями, что в свою очередь приводит к улучшению тургора, эластичности и плотности кожного лоскута, а так же к увеличению объема мягких тканей лица, на длительный, но не на постоянный срок. Курс процедур назначается лечащим врачом и составляет 2-3 процедуры с интервалом 2-3 месяца. Эффект от курса процедур сохраняется от 6 до 24 месяцев и зависит от зоны проведения процедуры и от индивидуальных особенностей организма.

Противопоказания

Относительные противопоказания к проведению контурной пластики: психические и невротические нарушения, прием антикоагулянтов, обострение любых хронических заболеваний, менструации (1 неделя цикла), стрептококковые инфекции (частые повторные ангины, острый суставной ревматизм), любые воспалительные заболевания мягких тканей лица и тела, одновременно с проведением лазерной терапии, глубокого химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица.

Абсолютные противопоказания к проведению процедуры контурной пластики:

Острое и/или хроническое воспаление или наличие инфекционного очага в месте проведения процедуры, гиперчувствительность к любому из компонентов препарата, склонность к воспалительным заболеваниям кожи, склонность к гипертрофическим и келоидным рубцам, наличие в зоне введения препарата небиodeградируемых имплантатов, системные заболевания организма, нарушение свертываемости крови.

Нежелательные реакции

Отечность обработанной области (длится от 3 до 14 дней)	Побеление и уплотнение кожи в области введения препарата
Покраснение обработанной области (до 7-ми дней)	Экхимозы, гематомы и онемение в местах инъекций после процедуры
Гематомы в местах инъекций и точечные кровоизлияния (сохраняются до 21 дня)	Обострение герпетической инфекции (простой или опоясывающий герпес)
Боль и жжение при введении препарата и после процедуры в течение 5-10 дней	Некроз
Фиброз (уплотнение в области введения препарата)	Присоединение вторичной инфекции
Асимметричность	Гранулема, узелки
Присоединение вторичной инфекции	Корки, эрозия, папулы/пустулы
Непредсказуемые результаты процедуры, деформация обработанной области	Слепота и потеря слуха
Миграция препарата	Головная боль и тошнота
Повреждение крупных сосудов, слюнных желез и нервов.	Выпадение волос
Зуд и гиперчувствительность	Паралич мышц лица, паралич Белла
Аллергические реакции (анафилактический шок, коллапс, острая крапивница, отек Квинке, обморок)	Изменение цвета кожи в местах введения препарата (побеление)

Рекомендации после проведения процедуры

- В течение 12 часов не прикасаться к месту инъекций и не наносить макияж;
- Не перегревать (аппаратные процедуры, баня, сауна, солярий, прямые солнечные лучи) область инъекции (или переохлаждать) пока не спадет отек и не исчезнет краснота в течение 2 недель после процедуры;
- Не массировать и не разминать зону инъекций в течение нескольких дней после инъекции, дабы избежать перемещения препарата в коже;

Я подтверждаю, что внимательно прочел(ла) и понял(а) всю информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, его целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы, либо части текста отсутствуют.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение мне в ООО «Сопрано» введения филлера на основе гидроксиапатита кальция.

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