

Республика Казахстан, Алматы, улица Рахмадиева, 4 к7, ЖК «Наурыз 2»

Тел. +7 701 948 27 08, +7 777 277 39 39

E-mail: info@promoitalia.kz, www.promoitalia.kz

Информированное согласие пациента на косметологическую манипуляцию (NEURONOX®DISPORT).

Я _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

Врач проинформировал меня о составе препарата NEURONOX®DISPORT, показаниях к применению препарата, механизме и сроках действия, возможных побочных эффектах и методике самой процедуры. Мне сообщили, что препарат NEURONOX®DISPORT представляет собой комплекс ботулинический токсин типа А. Выпускается в виде лиофилизированного порошка для инъекций и применяется для лечения локального мышечного спазма и сглаживания мимических морщин.

- NEURONOX®DISPORT вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических складок (морщин).
- Действие препарата наступает на 3-14 день после инъекции и достигает своего максимума на 10-15 день
- Действие препарата сохраняется около 3-6 месяцев после инъекции, через 6 месяцев возможна повторная инъекция.
- На 14-21 день после проведения процедуры возможна дополнительная коррекция.
- При внутривенном введении возможно снижение потовыделения в зоне инъекций.
- После инъекции возможно возникновение временных обратимых побочных явлений: болезненность в месте введения, головная боль (1,3%), гематомы в месте инъекций (3-10%), птоз верхнего века (3%), опущение или подъем бровей (<1%).
- В редких случаях (менее 5%) наблюдается нечувствительность к действию препарата.

Возможные осложнения:

- Опущение бровей.
- Отечность нижних век.
- Диплопия.
- Односторонний птоз верхнего века.
- Точечные кровоизлияния и боль в местах инъекций.

Все нежелательные явления, как правило, редкие, развиваются в первые дни после инъекции, незначительно выраженные и проходящие.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операциях и анестезиологических вмешательствах.

Согласно п. 5 статьи 92 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», пациент обязуется своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них.

Я согласен(на) с назначением препарата NEURONOX®DISPORT и на проведение фотосъемки процедуры. Обязуюсь следовать указанным рекомендациям:

- Находиться в вертикальном положении в течение 3-4 часов после процедуры.
- Не массировать и не разминать область введения препарата.
- Совершать движения мышцами области введения препарата в течение 30 минут.
- Избегать горячих компрессов на область инъекций, бани, сауны, солярий 1-2 недели после процедуры.
- Не употреблять алкоголь первые 2 недели после процедуры.
- Не употреблять антибиотики группы аминогликозидов, эритромицина, тетрациклинов

У меня была возможность получить полную информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Дозы препарата NEURONOX®DISPORT и точки для инъекций определяются индивидуально для каждого пациента в соответствии с характером, выраженностью и локализацией мышечной гиперактивности.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний:

Абсолютные противопоказания:

- миастенические и миастеноподобные синдромы (в т.ч. синдром Ламберта-Итона);
- беременность, период грудного вскармливания;
- воспалительный процесс в месте инъекции;
- острая фаза инфекционных заболеваний;
- гемофилия;
- повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Относительные противопоказания:

- высокая степень миопии (по заключению врача);
- отягощенный аллергический анамнез (особенно на препараты, содержащие белки);
- выраженный гравитационный птоз тканей лица;
- выраженные «грыжи» в области верхних и нижних век;
- период менее 3-х месяцев после перенесенной хирургической операции на лице;
- прием антибиотиков группы аминогликозидов, эритромицина, тетрациклинов, полимиксинов, (если не прошло более 2-х недель после проведения курса лечения), препаратов, повышающих внутриклеточную концентрацию кальция (аминопиридин и др.), бензодиазепинов, антикоагулянтов и антиагрегантов и курареподобных миорелаксантов;
- соматические заболевания в стадии обострения;
- злоупотребление алкоголем;
- склонность к образованию келлоидных и гипертрофических рубцов.

В редких случаях наблюдается индивидуальная низкая чувствительность к препарату.

Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения мной рекомендаций врача могут возникнуть осложнения.

Я уведомлен(а) о том, что согласно п. 8 статьи 92 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» пациент обязуется выполнять все предписания, назначенные при получении медицинской и лекарственной помощи на амбулаторном уровне, согласно заключенному с Клиникой договору

Подпись пациента _____

ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ:

Серийный номер препарата NEURONOX®:		Срок годности препарата:	
Используемый растворитель:		Объем растворителя:	
Ф.И.О. доктора _____ _____ _____	Область введения:	Количество ЕД введенного препарата NEURONOX®:	
Общее количество единиц введенного препарата NEURONOX®:			



Своей подписью я подтверждаю, что мне ранее не вводилась противоботулиническая сыворотка и инъекционные препараты другого состава (ботулинический токсин В). В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Полученная информация мне полностью понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением процедуры введения препарата NEURONOX®DISPORT, информирование о ней, рекомендации до и после ее проведения.

При подписании настоящего документа пациент подтверждает, что в дееспособности не ограничен(а), не находится в состоянии наркотического, токсического, алкогольного опьянения, по состоянию здоровья может осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, не страдает заболеваниями, могущими препятствовать осознанию сути подписываемого документа. А также подтверждает, что не находится под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения или стечения тяжелых обстоятельств.

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Ф.И.О. и подпись пациента _____

Подпись врача _____