

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОЦЕДУРУ ВВЕДЕНИЯ БИОПОЛИМЕРНОГО ГЕЛЯ

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на процедуру полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

1. Я, _____ В соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья...», ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей», получил(а) в понятной для меня форме всю интересующую меня информацию о медицинских услугах и был(а) полностью информирован(а) о том, что биополимерный гель – это прозрачный биосинтетический гель, предназначенный для инъекционного введения в дермальный и субдермальный слой кожи с целью коррекции морщин и складок на лице, а также изменения формы и увеличения объема губ.

2. Мне было объяснено применение препарата биополимерный гель. И у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы и получить удовлетворившие меня ответы.

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеинъекционного периода:

а) инъекции направлены коррекцию морщин и складок на лице, а также изменение формы и увеличение объема губ, однако их отдаленные результаты зависят от многих факторов и не могут быть заранее определены на много лет вперед;

б) многолетними исследованиями доказано, что биополимерный гель не вызывает со временем злокачественного роста тканей или увеличения частоты развития других заболеваний;

в) форма губ зависит от многих факторов, и инъекции не всегда могут привести к созданию их идеальной формы;

г) в редких случаях после инъекции может наступить снижение чувствительности губ.

3. После операции возможно развитие любых постинъекционных осложнений (нагноение, кровотечения, тромбоз флебит, тромбоз эмболия), а также следующих осложнений, характерных для данной процедуры:

а) у некоторых пациентов с тонкой кожей могут ощущаться скопления биополимерного геля; вероятность этого связана с особенностью его введения;

б) в незначительном проценте случаев существует возможность того, что ткани организма не переносят биополимерный гель, что может потребовать его удаления;

в) В 3 – 5% случаев губы со временем могут стать более плотными в результате образования более грубой рубцовой оболочки вокруг введенного биополимерного геля;

г) вокруг введенного могут возникать послеоперационные скопления крови или развиться нагноение; это может потребовать проведения дополнительных операций.

4. Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после процедуры.

5. Я понимаю, что медицина – это не точная наука и хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, кроме:

(указать наименование медикаментов)

Я удостоверяю, что Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на применение препарата биополимерный гель, как средства для коррекции возрастных изменений, шрамов, атрофий, а также для увеличения объема губ.

Дата: « ____ » _____ 200__ г.

Пациент: _____

подпись

Фамилия и инициалы

Дата: « ____ » _____ 200__ г.

Хирург: _____

подпись

Фамилия и инициалы