

# NOVACUTAN

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (Ф.И.О.) .....

..... года рождения,

проживающий/ая по адресу: .....

Даю согласие на проведение процедуры введения препарата **NOVACUTAN FBio**

NOVACUTAN *FBio Light* .....

NOVACUTAN *FBio Medium* .....

NOVACUTAN *FBio Volume* .....

в косметических целях врачом (Ф.И.О.) .....

Я подробно информировал(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 операционных и анестезиологических вмешательствах.

Я осведомлен(а), что препарат **NOVACUTAN FBio** представляет собой гелеобразное вещество, состоящее из гиалуроновой кислоты неживотного происхождения. Мне объяснили, что препарат применялся с целью коррекции эстетических недостатков внешности и его действие основано на восполнении объема различных участков кожи путем интрадермального введения.

Я проинформирован(а), что препарат **NOVACUTAN FBio** находится в тканях от 3-х до 12-ти месяцев в зависимости от типа выbranного препарата, индивидуальных особенностей организма и моего образа жизни (соблюдения рекомендаций моего лечащего врача). Мне известно, что любые манипуляции, способствующие улучшению кровообращения в зоне введения препарата (массаж, физиопроцедуры и т.д.), могут способствовать сокращению времени нахождения препарата в тканях. Врач проинформировал меня о возможных побочных эффектах.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата **NOVACUTAN FBio**, может быть местной и инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях инъекционной анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока и коллапса) и постинъекционных гематом. Врач сообщил мне, что непосредственно после проведения процедуры в зоне инъекций появится отек, покраснение и ощущение болезненности кожи, а также возможно развитие гематом. Эти реакции являются нормальными и исчезают от 3-х (отеки, покраснение, болезненность) до 7-10-и суток (гематомы).

**Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата NOVACUTAN FBio:**

1. Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
2. Беременность и лактация.
3. Склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов.
4. Заболевания и состояния, характеризующиеся нарушением свертываемости крови.
5. Повышенная температура тела.
6. Периоды обострения соматических заболеваний.
7. Прием ряда лекарственных препаратов, таких как антикоагулянты и антиагреганты, системные ретиноиды и др.
8. Наличие местного воспалительного процесса в зоне предполагаемой инъекции.
9. Ранее введенный постоянный имплант.
10. Случаи реакции «отторжения» инородного тела в анамнезе.

**Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно появление непредвиденных обстоятельств и осложнений.**

**Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры.**

**У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.**

.....  
Пациент

.....  
Дата

.....  
Подпись

.....  
Врач

.....  
Дата

.....  
Подпись