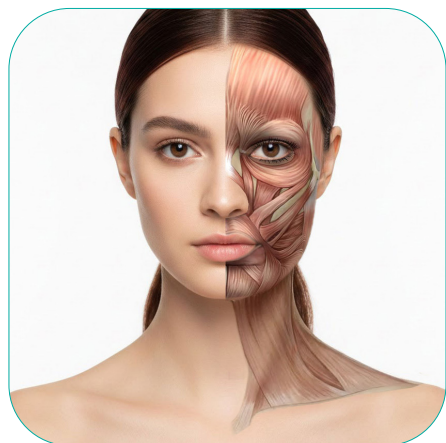


Информированное согласие пациента на процедуру коррекции мимических морщин препаратом ЛАНТОКС®

Я, _____

Осведомлен(а) о следующих обстоятельствах лечения препаратом на основе токсина ботулизма типа А:

1. Срок эффективного действия препарата составляет от 3 до 6 месяцев и зависит от индивидуальных особенностей организма.
2. Действие препарата наступает через 3–14 дней после проведенной инъекции.
3. Необходимо явиться на повторный осмотр через 14 дней после проведенной процедуры для оценки и контроля результатов, после чего возможна повторная инъекция.
4. Показания: Коррекция мимических морщин и лечение гипергидроза.



Общая доза введенного препарата _____

Номер серии препарата _____

Объем растворителя _____

Примечание _____

Область коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

5. В срок до 1 месяца после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты:

- опущение верхнего века (птоз)
- опущение бровей
- слезотечение
- сухость глазного яблока
- нечеткость зрения
- подкожные кровоизлияния в местах инъекций

6. Противопоказаниями к инъекции препарата на основе токсина ботулизма типа А являются:

- миастения
- гемофилия
- прием антибиотиков – аминогликозидов
- беременность, лактация
- инфекционный процесс в месте предполагаемой инъекции
- онкологические заболевания

7. Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о:

- хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях
- аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты
- лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время
- лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время
- вредных привычках

8. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостаточной информации по указанным вопросам в результате проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения.

9. Я удостоверяю, что ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, и я подтверждаю свое согласие на процедуру.

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

ФИО пациента: _____

Подпись пациента _____

Врач: _____

Подпись врача _____