

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на «Внутрикожное введение Ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса с целью коррекции гипергидроза (Диспорт®)»

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ ,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на внутримышечное введение мне Ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса (Диспорт®) с целью коррекции гипергидроза (повышенной потливости) или коррекции потоотделения (вне патологии системы потоотделения) подмышечных областей / подошв / ладоней (нужное подчеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «ААА».

Процедура выполняется по желанию пациента.

Мне предоставлена информация об индивидуальной планируемой дозе, которая составляет _____ ЕД.

Врачом-косметологом _____

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данной медицинской услуги.

Мне разъяснено и понятно, что **локализованный гипергидроз** — патология функции системы потоотделения, при которой на отдельных участках тела (подмышечными / подмышечными / ладонями, стопами, подошвами) вырабатывается чрезмерное количество пота. Наиболее распространены ладонный, стопный, подмышечный гипергидрозы. Кроме того, процедура может выполняться по **желанию пациента** при наличии дискомфорта от потоотделения вне патологии системы потоотделения.

Альтернативные пути лечения (в том числе лазер, релаксация, физиотерапевтические, инъекционные препараты местного действия) мне предложены, разъяснены врачом, обдуманы мною до принятия решения о виде коррекции (лечения).

Я ознакомлен/а с представленной информацией и даю согласие на проведение инъекций препарата Диспорт® для коррекции гипергидроза/потоотделения.

Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели введения препарата.

Для адекватной оценки потоотделения я согласна (ен)/не согласна(ен) на проведение потовой пробы (йодокрахмальной пробы Минора) с фотодокументированием.

Настоящим я сообщаю об отсутствии у меня аллергии на все составляющие препараты. Я планирую сдать анализы, учитывая возможные взаимодействия лекарств и аллергии в желтый цвет при применении пробы Минора.

Мне разъяснены и понятны сроки продолжительности эффекта от введенного препарата, необходимость соблюдения рекомендаций.

Мне разъяснено и понятно, что данный метод лечения локализованного гипергидроза направлен на временную коррекцию гипергидроза. По прошествии фармакологического действия препарата (продолжительность которого индивидуальна), исходный уровень потоотделения восстанавливается. В зависимости от места введения, типа кожи, ее исходного состояния, особенностей метаболизма тканей, соблюдения рекомендаций лечащего врача, длительность эффекта может отличаться от заявленной в инструкции в ту или иную сторону. Иногда возникает потребность дополнительной коррекции. Эффект от процедуры развивается постепенно в течение нескольких недель, может быть накопительным, в связи с чем для достижения результата необходим курс процедур, а также сочетание с другими методами. В ряде случаев процедура не приводит к эффекту или эффект может быть не очевиден пациенту в связи с субъективными причинами. Мне разъяснено и понятно, что процедура не приводит к остановке процесса потоотделения в иных зонах. В большинстве случаев рекомендованная начальная доза позволяет достигнуть эффекта до 12 недель. Периодичность повторных инъекций определяется индивидуально при восстановлении исходного уровня потоотделения, но не чаще, чем один раз в 12 недель. Если есть какие-либо доказательства кумулятивного эффекта при повторных инъекциях, сроки проведения повторных инъекций для каждого пациента определяют индивидуально.

Противопоказаниями к применению являются: острые заболевания (введение препарата осуществляют после выздоровления); беременность; период лактации (грудного вскармливания); гемблирование; чувствительность к компонентам препарата, в том числе к лидокаину; аллергические реакции на компоненты препарата, прием антиагрегантов, антикоагулянтов в течение 2 недель до инъекций, у пациентов с замедленным

временем свертываемости крови и при воспалении/инфекции в предполагаемом месте введения, возраст до 18 лет.

С осторожностью: при нарушениях функции печени и почек, заболеваниях, ведущих к нарушению нервно-мышечной передачи, трудностями глотания или дыхания, субклавикулярным и клавикулярным артериальным нарушениям нервно-мышечной передачи (таких как миастения гравис); кровянистой респираторной заболеваемости; при применении препаратов, влияющих напрямую, либо опосредованно, на нервно-мышечную передачу (таких как, аминогликозиды, курареподобные неполяризующие блокаторы, миорелаксанты), пожилой возраст. С особой осторожностью следует повторно вводить препарат пациентам, у которых отмечены аллергические реакции на предыдущую инъекцию препарата.

ВАЖНО!

Подписанием настоящего согласия я подтверждаю отсутствие у себя известных мне противопоказаний.

А также, что уведомил врача об отсутствии / наличии (не нужно зачеркнуть) у себя известных мне состояний, при которых применение лекарственного препарата Диспорт осуществляется с осторожностью.

При наличии вписать: _____.

Нежелательные явления/осложнения: недостижение запланированного результата; присоединение вторичной инфекции в области обработки; кровотечение (как правило, проходит самостоятельно) в области инъекций; гиперемия, болезненность после процедуры, отек, боль (как во время процедуры, так в течение нескольких суток после); пародоксальное потоотделение, зуд, кожная сыпь, неврологические нарушения, астения, утомляемость, гриппоподобный синдром.

После процедуры рекомендуется:

- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение 2-5 дней (или в срок, установленный врачом) после процедуры нельзя пользоваться дезодорантами-антиперспирантами. В течение недели нельзя тереть и травмировать пилингами или иными агрессивными действиями кожу области, подвергшейся коррекции.
- Не применять антибиотики группы пенициллиназидов и/или тетрациклины в течение 4 недель, если это не противоречит рекомендациям лечащего врача. Необходимо уведомлять лечащего врача о применении лекарственного препарата.

При применении препарата Диспорт® с целью лечения гипергидроза возможно развитие компенсаторного потоотделения.

Мне полностью ясно, что нарушение рекомендаций врача, а также не явка в назначенное врачом время, могут способствовать развитию местных и общих осложнений и стать их причиной. Это может ухудшить результаты и потребовать дополнительного лечения.

Я осознаю, что медицина – не точная наука и даже опытный врач не в состоянии абсолютно точно гарантировать получение желаемого пациентом эстетического результата. Врач не гарантировал мне этого на 100%. Мне разъяснено и понятно, что эстетические представления пациента о себе, людей о внешности пациента могут отличаться.

Я согласна (ен) / не согласна (ен) на фотографирование до оказания медицинской услуги и после с целью контроля качества и безопасности медицинских услуг. Фотографии являются частью медицинской документации. Фотографии необходимы для оценки достигнутого эстетического результата или преодоления эффекта от медицинской услуги; не будут предоставляемы для иных целей кроме контроля качества и безопасности медицинской услуги, а также не будут переданы третьим лицам, кроме случаев, прямо установленных законодательством Российской Федерации.

На внутрикожное введение Ботулинического токсина типа А-гемагглютнинин комплекса с целью коррекции гипергидроза (Диспорт®) гарантийный срок, срок службы не устанавливаются. Любое введение лекарственного препарата в те же зоны оплачивается согласно прейскуранту организации.

*внутрикожное введение препарата Диспорт в области ладоней и подошв осуществляется вне инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, в связи с тем является достаточным научным данными (в том числе в зарубежной научной литературе, а так же информация производителя лекарственного препарата) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня может быть достигнут лечебный (паллиативный) временный эффект коррекции гипергидроза/потоотделения.

Мною прочитано лично, мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы относительно процедуры, я получил (а) исчерпывающие ответы, на основании полученной информации даю согласие на проведение процедуры.

« ____ » _____ 20 ____ г

Подпись и ФИО Пациента _____ / _____ / _____

Врач-косметолог _____ / _____ / _____