Juvederm®
VOLBELLA™
WITH LIDOCAINE

ООО «Аллерган СНГ САРЛ»
109004, г. Москва, ул. Станиславского, д. 21, стр. 2
Тел.: +7 (495) 974 03 55; +7 (495) 974 03 53
Факс: +7 (495) 974 03 54
www.allergan.ru, www.allerganaesthetics.ru

Информированное согласие на введение препарата Juvederm® VOLBELLA™with Lidocaine

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

_____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____

контактный телефон: _____

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine в косметических целях

врачом _____
(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: _____

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:

Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином) представляет собой стерильный апирогенный физиологический гель поперечно сшитой гиалуроновой кислоты неживотного происхождения.

Juvederm® VOLBELLA'" with Lidocaine (с лидокаином) является инъекционным имплантатом в форме геля, предназначенным для пластики поверхностных морщин и умеренно выраженных провисаний кожи лица, возникающих, в частности, при ее преждевременном старении. Применение препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаи¬ ном) показано также для увеличения объема губ и коррекции их контура с целью исправления таких их структурных дефектов, как асимметрия губ, неровность их контура, потеря объема губ и др. Включение в препарат лидокаина предназначено для уменьшения болезненных ощущений у пациента во время процедуры.

Процедура проводится с применением анестезии. Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином), 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, коллапса) и постинъекционных гематом.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином):

- Не допускается введение препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином) в кожу век. Введение препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином) в область кожи под глазами может выполняться только врачами, прошедшими специальную подготовку по данной технике инъекционного введения и хорошо знакомыми с физиологией этой области лица.
- Не допускается введение препарата в кровеносные сосуды (внутрисосудистое попадание препарата)..
- Не прибегать к массивной коррекции лица.
- Не допускается применение препарата Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином):
  - у пациентов, страдающих эпилепсией, не контролируемой лечением;
  - у пациентов со склонностью к развитию гипертрофированных рубцов;
  - у пациентов с известной повышенной чувствительностью к гиалуроновой кислоте;
  - у пациентов с известной повышенной чувствительностью к лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов;
  - у пациентов, страдающих порфирией;
  - у беременных и кормящих грудью женщин;
  - у детей.
- Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином) не должен вводиться в участки кожи с признаками воспаления и/или инфицирования (акне, герпес и т.д.).
- Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine (с лидокаином) не должен использоваться одновременно с проведением лазерной терапии, глубокого химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица. Введение препарата не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения ее поверхностного отшелушивания.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Я предупрежден(а) о возможности возникновения побочных реакций, связанных с введением данного инъекционного имплантата и способных развиться немедленно или спустя некоторое время. Побочные эффекты включают (приведенный список не является исчерпывающим):

- Возможное развитие после инъекции препарата различных видов воспалительной реакции кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобные реакции могут сохраняться в течение одной недели. При введении препарата в слизистую оболочку возникающие при этом отеки и кровоизлияния могут носить более выраженный характер, что объясняется особенностями физиологии этих тканей. При этом рекомендуется проведение профилактического противовоспалительного лечения.
- Возникновение кровоподтеков.
- Возникновение уплотнений или узелков на месте инъекции.
- Окрашивание или обесцвечивание тканей в месте введения препарата.
- Недостаточная эффективность процедуры или слабо выраженный эффект заполнения/объемной коррекции.
- Учитывая имеющиеся сообщения о случаях возникновения некроза кожи над переносицей, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного или замедленного типа после инъекции гиалуроновой кислоты и/или лидокаина, необходимо учитывать возможный риск развития таких побочных эффектов.

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительной реакции свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры такие, как:

- Не пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°С.
- Не посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.
- Избегать массирования места введения препарата и/или надавливания на него в течение нескольких дней после инъекции.

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

– Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.
-Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
– Дал мне время обсудить протокол процедуры.
– Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мной медикаментах.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Номер серии Juvederm® VOLBELLA™ with Lidocaine: _____

Дата процедуры: _____

Примечания: _____

Ф.И.О. пациента: _____ " " _____ 20____г.
Подпись пациента:

Ф.И.О. врача: _____ " " _____ 20_____г.
Подпись врача: