

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_  
даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата в косметических целях  
врачом \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:  
Neugamis представляет собой апиrogenный физиологический гель на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения, является инъекционным имплантом, предназначенным для заполнения умеренно выраженных и глубоких провисаний кожи лица путем введения препарата в средние и/или глубокие слои дермы для увеличения объема скул, а также для увеличения объема губ и коррекции их контура.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препаратов серии Neugamis, может быть аппликационной и инъекционной, а также в составе препарата.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Эстетический эффект от применения филлеров коллекции Neugamis сохраняется до 12 месяцев в зависимости от состояния кожи, области введения, количества введенного препарата, техники инъекции и Вашего образа жизни (например, от курения или воздействия солнца).

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Я ознокомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Neugamis:

- Эпилепсия, не поддающаяся лечению.
- Склонность к развитию гипертрофированных рубцов.
- Известная повышенная чувствительность к гиалуроновой кислоте.
- Известная повышенная чувствительность к лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов.
- Порфирия.
- Беременность и лактация.
- Не допускается введение детям.

Филлер не должен вводиться в участки кожи, склонные к воспалению и/или инфицированию (акне, герпес и т.д.). Neugamis не должен использоваться одновременно с проведением лазерной терапии, химического пилинга и процедур дермабразии кожи лица. Введение препарата не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения поверхностного пилинга.

#### ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Врач предупредил меня, и я осознанно, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно возникновения побочных эффектов:

- Воспалительная реакция в месте инъекций (отек, зритема, покраснение и др.), которая может сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобная воспалительная реакция может сохраняться до 7 дней.
- Возникновение кровоподтеков.
- Возникновение уплотнений или узелков на месте инъекции.
- Окрашивание или осветечение кожи в области введения препарата.
- Учитьвая имеющиеся сообщения о случаях возникновения некроза кожи над переносицей, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного или замедленного типа после инъекции гиалуроновой кислоты, необходимо принимать в расчет потенциальную опасность развития подобных осложнений.

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

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации до и после процедуры, такие как:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
- Не рекомендуется посещать сауну и баню в течение 2-х недель после процедуры.

Я подробно проинформировал(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 операциях и анестезиологических вмешательствах. Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я подтверждаю свою мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною окончательного 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.

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.

Дата процедуры: \_\_\_\_\_ Номер серии Neugamis: \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /