

# ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ВЕЛНЕС БЬЮТИ СТУДИО» (ООО «ВБС»)

Юридический/фактический адрес: 119296, г. Москва, Ленинский проспект, дом 67, корпус 2

тел. (499) 667-51-11 bp6675000@gmail.com www.beautypractice.ru

ИНН 7736680566 КПП 773601001 ОГРН 1147746987200

Лицензия на медицинскую деятельность ЛО № 41-01137-77/00308282 от 12.09.2016 года

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение процедуры БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Составлено и предлагается пациенту  
в соответствии со статьей 20 Федерального закона  
от 21.11.2011 №323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_,

даю свое согласие на проведение процедуры ботулинотерапии.

Процедура ботулинотерапии представляет собой внутримышечное или подкожное введение очищенного и ослабленного ботулинического токсина типа А. Ботулотоксин типа А является веществом локального действия, ослабляющим

двигательную активность мышц и гиперфункцию потовых желез. В современной косметологической практике используются следующие препараты на основе ботулотоксина: Ботокс, Диспорт, Ксеомин. Все эти препараты оказывают идентичное терапевтическое действие и различаются только по вариантам производства. Процедура ботулинотерапии позволяет провести коррекцию гиперактивности межбровных, лобных морщин, опускающихся углов рта, складок у наружного угла глаза, на носу, морщин шеи, повышенную потливость подмышечных ямок, ладоней и ступней. Процедура выполняется по показаниям, которые формулируются врачом на основании субъективных пожеланий пациента и клинико-лабораторных методов обследования с учетом анатомо-физиологических особенностей в каждом конкретном случае. Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день и достигает максимума на 10-15 день. Для достижения желаемого результата может понадобиться несколько процедур. Коррекция одной зоны проводится не ранее, чем через 7 дней и не позднее 14 дней, повторная процедура проводится не ранее, чем через 4 месяца. Продолжительность результата — от 3 до 6 месяцев

**Я предупрежден(а),** что в редких случаях наблюдается отсутствие чувствительности к действующему веществу препарата. **Я ознакомлен(а) с противопоказаниями к процедуре:** возраст до 18 лет, беременность, период лактации, воспалительные и герпетические высыпания в зоне введения препарата, миастения, миопия высокой степени, эпилепсия, системные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания, повышение температуры накануне или в день процедуры, лечение антибиотиками (аминогликозиды или тетрациклин) и миорелаксантами на момент процедуры. Процедура может быть ограничена при наличии выраженного гравитационногоптоза тканей лица, «грыж» в области верхнего и нижнего века, периода менее 1 месяца после перенесенной хирургической операции на лице, склонности лица к выраженному отеку.

**Я подтверждаю, что врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также об отсутствии у меня противопоказаний к проведению данной процедуры.** Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что после процедуры могут возникать: отек в месте инъекции, покраснение, болезненность, гематомы (синяки), головная боль, чувство стянутости кожи. Эти симптомы носят временный характер и исчезают через 2 суток, гематомы рассасываются через 7 дней. После инъекции возможно возникновение временных побочных эффектов в виде отека или сухости глаза, опущение положения бровей или век. В редких случаях, возможно развитие тошноты, мышечной слабости, что требует незамедлительного обращения к врачу.

**Я обязуюсь выполнять рекомендации,** данные мне врачом: 12 часов после процедуры запрещено трогать, разминать, наносить макияж в области коррекции. Необходимо находиться в вертикальном положении в течение первых 4 часов, следует отказаться от алкоголя на 2 недели. Массаж, физиотерапию, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий), химический пилинг, лазерные процедуры рекомендуется исключить на 14 дней. Не применять антибиотики группы аминогликозидов и / или тетрациклинов, витамины группы «В» в течение 4 месяцев. Использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения гиперпигментации.

Я подтверждаю, что врач объяснил, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру ботулинотерапии с использованием препарата \_\_\_\_\_

**Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры ботулинотерапии, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения, возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакций, необходимости соблюдать рекомендации после процедуры, дал мне возможность задать интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию. Я знаю, что у меня есть выбор, прибегнуть или не прибегнуть к предлагаемой процедуре, и я согласен(на) с порядком предоставления и оплаты упомянутой услуги. Я даю согласие на ее проведение и обязуюсь следовать рекомендациям врача. Я даю согласие на осуществление фотосъемки до и после проведения процедуры, хранение клиникой моих фотографий и использование их исключительно в целях контроля качества оказанных медицинских услуг. Я подтверждаю, что второй экземпляр согласия выдан мне на руки.**

ФИО Пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

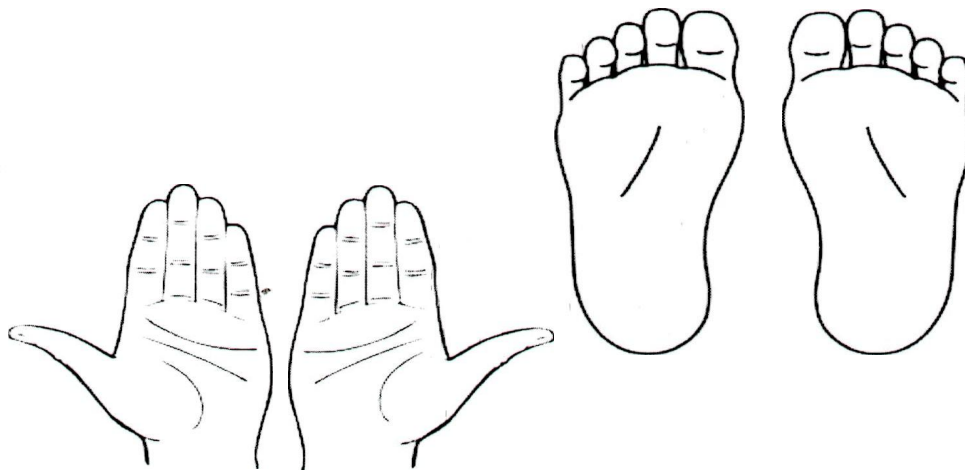
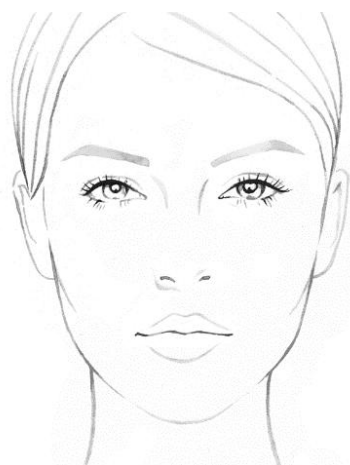
### ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона коррекции \_\_\_\_\_

Анестезия \_\_\_\_\_

Препарат \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Срок годности \_\_\_\_\_

### СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



ФИО Пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

ФИО Врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_