

## Информированное согласие на введение препарата Ботокс®

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

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:  
Препарат Ботокс® предназначен для коррекции мимических морщин и вводится путем внутримышечной инъекции.

Инъекции Ботокса должен осуществлять квалифицированный врач, прошедший курс специальной подготовки и получивший разрешение фирмы-производителя. Допускается проведение инъекций амбулаторно в условиях процедурного кабинета.

Не рекомендуется использовать препарат Ботокс® для коррекции вертикальных межбровных мимических морщин у пациентов младше 18 и старше 65 лет.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:**

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Ботокс®:

**Общие:**

- Доказанная гиперчувствительность к любому компоненту препарата.
- Воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции (инъекций).
- Острая фаза инфекционных заболеваний.
- Беременность и лактация.

**Для блефароспазма и коррекции мимических мышц:**

- Выраженный гравитационный птоз тканей лица.
- Выраженные «грыжи» в области верхних и нижних век.

**ПРЕПАРАТ БОТОКС® НЕОБХОДИМО С ОСТОРОЖНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:**

- При выраженной асимметрии лица.
- При птозе, дерматохалазисе, глубоких рубцах.
- У пациентов с плотной кожей или при отсутствии значительного сглаживания вертикальных межбровных морщин при механическом растяжении кожи.

**ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:**

Я ознакомлен(а) со списком нежелательных реакций, которые могут проявиться при применении препарата Ботокс® для коррекции мимических морщин:

**Нежелательные реакции при коррекции мимических морщин:**

- Со стороны нервной системы: головные боли, парестезии.
- Со стороны глаз: птоз.
- Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота.
- Со стороны кожи: эритема, стянутость кожи.
- Со стороны опорно-двигательной системы: мышечная слабость.
- Общие реакции и реакции в месте введения: боли в области лица, отек места инъекции, экхимозы, боли в месте инъекции, раздражение кожи в месте инъекции.

Частота побочных реакций составляет 1–10%.

Я предупрежден(а), что если какой-либо из побочных эффектов становится более выраженным или если проявляется побочный эффект, не перечисленный в данном списке, следует немедленно обратиться к своему лечащему врачу.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:**

При одновременном применении действие препарата Ботокс® потенцируют антибиотики группы аминогликозидов, эритромицин, тетрациклин, полимиксины, средства, уменьшающие нервно-мышечную передачу (особенно куареподобные миорелаксанты).

Исследования по лекарственному взаимодействию не проводились. Клинически значимых случаев лекарственного взаимодействия не описано.

Эстетический эффект препарата Ботокс® наступает, как правило, в течение недели после процедуры и сохраняется до 4 месяцев.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время на обсуждение протокола 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.



Номер серии Ботокс®: \_\_\_\_\_

Дата процедуры: \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

Ф.И.О. врача: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.