

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА КСЕОМИН®

Лечащий врач проинформировал меня о составе препарата Ксеомин®, показаниях к применению препарата, механизме и сроках действия, возможных побочных эффектах и методике самой процедуры. Мне сообщили, что препарат Ксеомин® представляет собой ботулинический токсин А, освобожденный от комплексобразующих белков и применяется для сглаживания мимических морщин.

Разглаживающее и расслабляющее действие наступает через несколько дней. Максимальный эффект достигается примерно через 10–14 дней. Обычно для последующего наблюдения необходимо придти на прием через 14 дней после первой процедуры. Эффект, как правило, сохраняется от 3 до 6 месяцев.

После проведения инъекции в амбулаторных условиях можно сразу приступить к работе и продолжить обычную повседневную деятельность. Процедура обычно не оказывает влияния на способность управлять автомобилем. В течение первых трех часов после процедуры следует как можно дольше сохранять вертикальное положение с поднятой головой (не ложиться, не делать резких движений головой и т. д.). За это время активное вещество проникнет глубоко в мышцы и начнет действовать. По этой причине следует избегать массажа в области инъекции, посещения сауны, солнечных ванн, использования солярия, а также повышенной физической активности или спортивных занятий в день проведения процедуры. В то же время спокойно можно принимать душ, умываться и наносить легкий макияж.

Ксеомин® хорошо переносится. Долгосрочные побочные эффекты неизвестны. Непосредственно после инъекции в области прокола возможно появление небольшого кровоподтека, который легко замаскировать макияжем. Кровоподтек полностью исчезает через 2–3 дня после инъекции. Если вещество случайно распространится по тканям, окружающие мышцы могут быть временно обездвижены. В области глаз это может привести к опусканию века или брови. При возникновении этого нежелательного явления оно самостоятельно пройдет по мере уменьшения действия ботулинического токсина типа А. Также возможно возникновение других побочных эффектов, таких как головная боль, легкое недомогание, нарушения мышечной активности, ощущение натяжения в области инъекции, зуд, нарушение глотания, инфекция в области инъекции, сухость глаз, мышечная слабость.

По соображениям безопасности препарат не рекомендуется применять во время беременности и кормления грудью. Инъекции противопоказаны при заболеваниях мышечной и нервной системы при повышенной чувствительности к компонентам препарата, а также при остром воспалении в области проведения процедуры. Некоторые лекарственные препараты, такие как антикоагулянты, антибиотики аминогликозиды и спектиномицины, обезболивающие препараты, могут оказывать влияние на действие ботулинического токсина типа А. В связи с тем, что инъекции ботулинического токсина типа А не одобрены к применению у лиц младше 18 лет, введение препарата этой категории пациентов обычно не проводится.

1. Вам когда-либо делали инъекции ботулинического токсина типа А? Да ☐ Нет ☐

Наблюдались ли какие-либо осложнения? Если да, то какие?

2. Страдаете ли Вы:

- Герпетической инфекцией? Да ☐ Нет ☐

- Заболеваниями нервной системы/эмоциональными расстройствами,

например, судорогами (эпилепсией), параличами, депрессией? Да ☐ Нет ☐

3. Склонны ли Вы к образованию келоидных рубцов? Да ☐ Нет ☐

4. Принимаете ли Вы в настоящее время /принимали ли

последние две недели лекарственные препараты? Да ☐ Нет ☐

Если да, то какие?

5. Часто ли у Вас возникают кровотечения, ссадины (например,

после легкого прикосновения), имеются ли нарушения свертывания крови? Да ☐ Нет ☐

6. Имеются ли у Вас или имелись ранее нарушения глотания? Да ☐ Нет ☐

7. Имеются ли у Вас или членов Вашей семьи наследственные заболевания

(например, мышечная слабость, миастения и др.)? Да ☐ Нет ☐

Если да, то какие?

8. Страдаете ли Вы от аллергии? Да ☐ Нет ☐

Если да, укажите на что

9. Проводили ли Вам ранее хирургические операции в области лица? Да ☐ Нет ☐

Если да, то какие? (Лазер, подтяжка лица и другие).....

10. Для женщин детородного возраста: Возможно ли, что Вы беременны? Да ☐ Нет ☐

Кормите ли Вы грудью? Да ☐ Нет ☐

Многие были заданы все интересующие меня вопросы
и получены исчерпывающие ответы и разъяснения..... ☐

Данная мной информация, насколько я могу судить, соответствует действительности..... ☐

Я согласен(а) в дальнейшем информировать своего лечащего врача
о каких-либо изменениях здоровья и о применяемых лекарственных средствах..... ☐

Я прочитал(а) и понял(а) информацию и буду следовать инструкциям..... ☐

**Я согласен(а) на проведение инъекции
ботулотоксина типа А Да ☐ Нет ☐**

Ф.И.О.

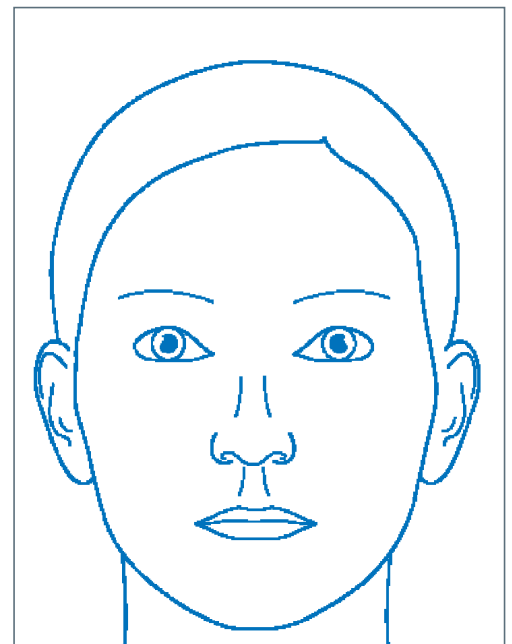
Год рождения

Подпись Дата ____/____/____

Ф.И.О. лечащего врача

Подпись Дата ____/____/____

Благодарим Вас за предоставленные сведения. Все записи о пациентах, их контактные дан-
ные и подробная информация о получаемом ими лечении являются конфиденциальными.



Серийный номер препарата Ксеомин®	
Область введения	Кол-во единиц введенного препарата Ксеомин®
Общее кол-во единиц введенного препарата	

Ксеомин®