

# СЕМЕЙСТВО ПРОДУКТОВ REVANESSE®

## Информированное согласие

► Я, получил(а) исчерпывающую информацию о том, что препараты представляют собой стерильные имплантанты для инъекционного введения в дермальный слой кожи с целью коррекции морщин и складок на лице, а также для изменения формы и объема губ. Гиалуроновая кислота, используемая в этих препаратах, неживотного происхождения, проверена на переносимость в процессе многочисленных исследований и полностью биодеградируют.

**Лечащий врач подробно ознакомил меня** с показаниями к применению препаратов группы Revanesse и с самой процедурой. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы.

► Я проинформирован(а) о преимуществах использования и возможных побочных эффектах при введении препаратов группы Revanesse®. Я подробно проинформировал(а) моего врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и ответил(а) на все вопросы относительно данных о моем здоровье.

► Я понимаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно появление побочных эффектов:

- Воспалительная реакция в месте инъекции, покраснение, отёк, уплотнения и узелки.
- В редких случаях возможны проявления изменения цвета кожи, некроза, абсцесса, гранулём или гиперчувствительности.
- При коррекции губ, при наличии склонности к возникновению высыпаний на губах (напр. от вируса герпеса), эти высыпания могут активизироваться после процедуры.

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

Беременность и лактация.

- Инфекционный/воспалительный процесс в зоне предполагаемой инъекции.
- Склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов
- Аутоиммунный процесс

► Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от места инъекции, типа кожи и техники инъекции, длительность косметического эффекта от применения материалов может варьировать от 4 месяцев до 18 месяцев. Мне известно, что иногда возникает необходимость дополнительной коррекции для достижения хорошего и стабильного результата, который может поддерживаться регулярными дополнительными инъекциями.

► Рекомендации на период после процедуры доведены до моего сведения. Я буду их соблюдать. Сведения по моей истории болезни предоставлены достоверно.

**Я согласен(а) на проведение процедуры  
препаратом:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Revanesse®       | <input type="checkbox"/> Revanesse Contour® |
| <input type="checkbox"/> Revanesse Ultra® | <input type="checkbox"/> Redexis®           |
| <input type="checkbox"/> Revanesse Pure®  | <input type="checkbox"/> Redexis Ultra®     |

Пациент .....

Подпись .....

Врач .....

Подпись .....

# Revanesse®

ОЗДОРАВЛИВАТЬ  
ОМОЛАЖИВАТЬ  
ОБНОВЛЯТЬ

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

# Revanesse®

ОЗДОРАВЛИВАТЬ  
ОМОЛАЖИВАТЬ  
ОБНОВЛЯТЬ

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

ЗОНЫ ИНЬЕКЦИЙ

Имя .....

Адрес .....

Дата рождения .....

Информированное согласие:  да  нет

Пол:  муж.  жен.

Отметки	1	2	3
	Дата	Зона	Объем
Результаты			



- ✓✓✓ отлично
- ✓✓ хорошо
- ✓ удовлетворительно
- нет разницы
- ✗ хуже

## СЕРИЙНЫЙ НОМЕР ПРЕПАРАТА

1. Приклейте стикер

2. Приклейте стикер

Отметьте зоны инъекций на изображении лица.  
Пронумеруйте зоны инъекций в соответствии  
с таблицей.

Revanesse®

ОЗДОРАВЛИВАТЬ  
ОМОЛАЖИВАТЬ  
ОБНОВЛЯТЬ