

# Согласие на растворение наполнителя (гиалуронидаза)

Информированное согласие на растворение гиалуроновой кислоты наполнителя с помощью гиалуронидазы, включая скрининг аллергии и возможность неполного или избыточного корректирования

## Информация о клиенте

Имя \*

Фамилия \*

Адрес электронной почты \*

Номер телефона \*

Дата рождения \*

ДД / ММ / ГГГГ

## Детали процедуры

Области для растворения \*

☐ Губы

☐ Щеки / Середина лица

☐ Под глазами / Слёзная борозда

☐ Подбородок / Линия челюсти

☐ Нос

☐ Другое

Причина растворения \*

☐ Эстетическая — недовольство результатом

☐ Миграция или комки

☐ Предполагаемое сосудистое осложнение (срочно)

☐ Подготовка к новой процедуре

Какой наполнитель был введён, где и когда?

Вводили ли вам гиалуронидазу раньше? \*

☐ Да ☐ Нет

Если да, была ли у вас какая-либо реакция?

## Медицинская история

Вы беременны, планируете беременность или кормите грудью? \*

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас что-либо из следующего?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, РА, МС и т.д.)
- ☐ Нарушение свёртываемости или приём антикоагулянтов
- ☐ Диабет
- ☐ История образования келоидов или гипертрофических рубцов
- ☐ Рак (в настоящее время или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / иммунное расстройство
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Вы аллергичны на укусы пчёл или ос? \*

- ☐ Да ☐ Нет

Была ли у вас когда-либо реакция на гиалуронидазу или продукт её содержащий? \*

- ☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас в этой области какой-либо наполнитель, не содержащий гиалуроновую кислоту или постоянный наполнитель (например, Radiesse, Sculptra, силикон)? \*

- ☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

## Риски и осложнения

Возможные риски и осложнения:

- Аллергическая реакция, включая крапивницу, отёк или в редких случаях анафилаксию (перед процедурой может быть выполнен пластырный тест)
- Избыточное растворение — потеря собственной природной гиалуроновой кислоты может вызвать временное впадение или слабость тканей, обычно восстанавливается в течение нескольких недель
- Неполное растворение — может потребоваться более одного сеанса
- Синяки, отёк, болезненность в местах введения
- Асимметрия во время заживления области
- Инфекция (редко)

Могут быть растворены только наполнители из гиалуроновой кислоты. Результаты будущего переделывания не гарантированы, и переполнение обычно откладывается минимум на 2 недели.

Я понимаю, что гиалуронидаза может растворить больше или меньше наполнителя, чем предполагалось, что объём моей природной ткани может временно измениться, и что могут потребоваться дополнительные сеансы или последующее переполнение.

Я понимаю, что процедура может привести к избыточному или недостаточному корректированию: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что гиалуронидаза — это фермент, который может вызвать аллергические реакции, и я должен немедленно сообщить об зуде, крапивнице, отёке лица или затруднении дыхания.

Я понимаю риск аллергической реакции: \_\_\_\_\_

## Согласие на фотографии

Можем ли мы сделать фотографии до и после лечения для вашей медицинской карты? \*

- ☐ Да — только для моей медицинской карты
- ☐ Да — и вы можете использовать их анонимно в маркетинге
- ☐ Нет

## Журнал услуг

Только для служебного пользования

|          | Дата | Область | Продукт / Номер партии | Доза / Объем |
|----------|------|---------|------------------------|--------------|
| Запись 1 |      |         |                        |              |
| Запись 2 |      |         |                        |              |
| Запись 3 |      |         |                        |              |
| Запись 4 |      |         |                        |              |
| Запись 5 |      |         |                        |              |
| Запись 6 |      |         |                        |              |

## Согласие и подпись

Я добровольно соглашаюсь на введение гиалуронидазы для растворения наполнителя на основе гиалуроновой кислоты. Я был информирован о преимуществах, рисках, альтернативах и возможных осложнениях. Я понимаю, что никакой гарантии относительно окончательного вида обработанной области не дано, что может быть выполнен пластырный тест, и что мне могут потребоваться дополнительные сеансы. Я освобождаю врача и клинику от ответственности, связанной с этой процедурой, за исключением случаев халатности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял приведённую выше информацию и даю своё информированное согласие.

Я прочитал и понимаю приведённую выше информацию: \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата \*

\_\_\_\_\_  
ДД / ММ / ГГГГ

**Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify**

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.