**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ №**

«\_\_\_» 20 г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

информирована о методе устранения мимических морщин с помощью инъекций препарата ботулинического токсина типа А (отметить Диспорт/Ботокс/ др……………………...................):

* Ботулотоксин типа А вызывает расслабление мимической мускулатуры
* Действие препарата обычно наступает на 2-5 день после инъекции и достигает максимума через 14-15 дней
* Косметический эффект от введения препарата сохраняется 3-6 месяцев, после чего возможна повторная процедура
* В первые 2-3 недели после инъекции могут наблюдаться следующие временные и обратимые побочные эффекты: такие как болезненности в месте инъекции, головной боли (1,3%), гематомы в месте инъекции (3-10%) и др.
* Для профилактики возникновения нечувстви­тельности к препарату интервал между повторными инъекциями должен превышать 8 недель
* По международным статистическим данным нечувствительность к действию препарата наблюдается менее, чем в 0,001% случаев
* Противопоказаниями к процедуре являются: повышен­ная чувствительность к компонентам препарата, воспалительный процесс в месте инъекции, обострение хронического заболевания, миастения, беременность, грудное вскармливание

**После проведения процедуры рекомендуется:**

* Сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов
* немассировать, не разминать места инъекций
* Совершать активные мимические движения в течении15 минут после процедуры в зоне лечения.
* избегать воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых 2-х недель после процедуры (горячие компрессы, баня, сауна) из-за возможного уменьшения эффекта
* Ботулотоксин типа А не используется одновременно с антибиотиками группы аминогликозидов и тетрациклином.

Противопоказания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности неврологического статуса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи:

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

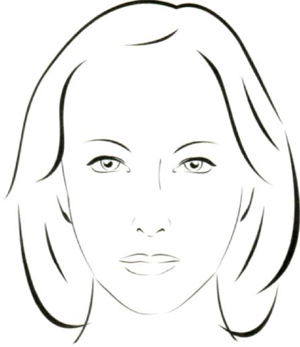
**Ботулинотерапия**

Дата процедуры:

ФИО:

Пол: Возраст:

Телефон:



**ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Область коррекции** | **Кол-во единиц введенного препарата** |
|  |  |

Общая доза введенного препарата:

Серия препарата:

Срок годности:

Растворитель:

Объем растворителя:

**ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА**

Дата осмотра:

Дополнительное воздействие:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Комментарии:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_