

## Информированное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации тканей (Плазмолифтинг Гель)

Я, \_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, доверяю процедуры стимуляции ауторегенерации тканей (Плазмолифтинг Гель) врачу \_\_\_\_\_.

Стимуляции ауторегенерации тканей (Плазмолифтинг Гель) представляет собой процедуру введения тромбоцитарного аутогеля, полученного из плазмы самого пациента с помощью термической обработки, в зону, подлежащую лечению (\_\_\_\_\_).

Процедура проводится под местной анестезией. Стимуляции ауторегенерации тканей (Плазмолифтинг Гель) – это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления объема тканей организма.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тканей (Плазмолифтинг Гель) и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции. Как правило, при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информации по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после неё и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью, я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за свои последствия.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать/приложить общий анализ крови.

Прилагаю \_\_\_\_\_ Не прилагаю \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.