

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ № _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____

ознакомлен(а) с представленной информацией и даю согласие на проведение инъекций препарата ДИСПОРТ® для коррекции гипергидроза. Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели введения препарата.

- 1) Ботулинический токсин типа А блокирует транспорт ацетилхолина, который является основным медиатором, регулирующим процесс потоотделения. В результате этого блокируется активность потовых желез на срок от 4 до 12 месяцев (в зависимости от индивидуальных особенностей пациента). По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.
- 2) Клинический эффект начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает своего максимума на 10-15 день.
- 3) В редких случаях возможна низкая чувствительность к действию препарата.
- 4) Противопоказаниями к процедуре являются: повышенная чувствительность к компонентам препарата, воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции, обострение хронического заболевания, миастения, прием антибиотиков – аминогликозидов и/или тетрациклинов, гемофилия, беременность и грудное вскармливание.
- 5) После проведения коррекции возможно развитие побочной реакции в виде компенсаторного потоотделения.
- 6) Иные риски причинения вреда здоровью содержатся в инструкции по применению препарата.

После проведения процедуры рекомендуется:

- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклинов в течении 4 месяцев.

Подпись:
 Врач _____
 Пациент: _____

Повышенное потоотделение – НЕ ПРИГОВОР!



ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ

Дата процедуры: _____

ФИО: _____

Пол: _____ Возраст: _____

Телефон: _____



левая



правая

Области коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

Общая доза введенного препарата ДИСПОРТ® _____

Серия препарата: _____

Срок годности: _____

Растворитель: _____

Объем растворителя: _____

ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Дата осмотра: _____

Дополнительное воздействие: _____

Комментарии:

Номер регистрационного удостоверения, ДИСПОРТ® 300 ЕД: ЛП 001486
 Номер регистрационного удостоверения, ДИСПОРТ® 500 ЕД: П № 011520/01. Номер регистрационного удостоверения, ДИСПОРТ® 300 ЕД: ЛП 001486

ДУ2013-2