

## ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА за процедура с филъри Algeness® HD, VL и DF

Това информирано съгласие се отнася за процедури с филъри Algeness® HD, VL и DF - хидрогел на базата на агароза. Филърите Algeness® са 100% натурални, биосъвместими и биоразградими, без наличие на химикали.

**ПОКАЗАНИЯ:** Algeness е инжектируем субдермален филър за меки тъкани, използва се за изглаждане на умерени до тежки бръчки по лицето, гънки около носа и устата, оформяне на лицето, увеличаване обема на устните. Филърите Algeness® HD, VL и DF притежават CE сертификата.

Необходими са последващи процедури, за да се поддържа ефектът на филърите във времето. Веднъж инжектиран, Algeness® се резорбира бавно в тялото. Продължителността на ефекта варира.

**АЛТЕРНАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ:** Има алтернативи на инжектирането на дермални филъри, включително да не се третират бръчките или кожните дефекти. Корекция на бръчките или на деформацията на меките тъкани може да се постигне чрез други процедури: алтернативни видове филъри, козметични продукти, ботокс/диспорт, лазерни процедури, медикаменти или пластична операция.

**РЕЗУЛТАТИ:** Разбирам, че степента на подобрение не може да се предвиди или гарантира. Освен това разбирам, че ефектът ще изчезва постепенно и може да са наложителни допълнителни процедури за запазване на желаните ефекти.

### **Страничните ефекти и усложнения включват, но не само:**

- Риск от алергична реакция. Както при всеки продукт, могат да се развият алергии по време на или след инжектирането.
- Реакции на мястото на инжектирането: бучки или усещане за удебеляване на кожата, синини, зачервяване, сърбеж, болка, чувствителност или леко подуване.
- Подуване и болезненост до 72 часа след процедурата.
- Инжектиране в устните може да доведе до повторно отключване на минали кожни херпеси (херпес симплекс инфекции при пациенти с анамнеза за предходни херпеси)
- Язви като следствие от запушване на артерия, причиняващи белези.

### **Предпазни мерки и противопоказания:**

- Дермални филъри не се препоръчват при пациенти с тежки алергии, анамнеза за алергия към филъри или анамнеза за анафилаксия.
- Рискът от кръвонасядане или кръвене може да бъде повишен от лекарства с антикоагулантни ефекти, като аспирин и нестероидни противовъзпалителни средства (например, ибупрофен, диклофенак или целебрекс), високи дози витамин Е и някои билки (гинко билоба, зелен чай).
- Дермалните филъри не се препоръчват при бременни или кърмещи жени поради неустановена безопасност.

**СЪГЛАСИЕ:** Разбирам необходимостта от локална анестезия, с цел намаляване дискомфорта от процедурата и съм съгласен с локално прилагане на анестетичен гел и/или инжекции за нерв-

блок или локална инфилтрационна анестезия. Разбирам горното и всички рискове, ползи и алтернативи ми бяха обяснени. Имах възможност да задам въпроси. Гаранции по отношение на резултата от процедурата не са давани.

Удостоверявам, че всички отговори на въпроси свързани със здравето са верни и коректни, доколкото ми е известно. Не съм бременна и не кърмя. Разбирам, че чрез процедурата с Algeness® мога да подобра визията си и това ще повиши самочувствието ми.

Ако имам притеснения относно процедурата с Algeness®, ще се свържа с моя лекар възможно най-скоро, за да ги обсъдя.

Доколкото ми е известно, няма никаква медицинска причина, поради която днес не трябва да се извърши процедура с Algeness®.

**Аз давам информираното си съгласие за инжектиране на филър Algeness® днес, както и за бъдещи процедури при необходимост.**

Давам съгласие, д-р \_\_\_\_\_ да извърши процедура по инжектиране на дермален филър и прилагането на обезболяващ и/или друг фармацевтичен агент(и), свързан с процедурата.

Разбирам, че приложението на локален анестетик може да предизвика нежелани реакции или странични ефекти, които включват, но не се ограничават само до кръвонасядане, хематом, мускулна болезненост и временно изтръпване.

Доброволно поемам всички възможни рискове, включително и риска от сериозни вреди, ако има такива, които могат да бъдат свързани с общи профилактични и оперативни процедури в желанието за получаване на определени резултати, които могат да бъдат или да не бъдат постигнати.

Потвърждавам, че съм уведомен за естеството и целта на предстоящата процедура. Имах възможност да задам въпроси.

## ПОТВЪРЖДЕНИЕ

Аз \_\_\_\_\_ получих информация за целите на процедурата. Дискутирах процедурата с д-р \_\_\_\_\_ и имах възможността да задам въпроси, на които получих изчерпателен отговор. Разбирам естеството на препоръчаната процедура, алтернативните процедури и риска произтичащ от препоръчаната процедура.

Желяя да пристъпя към препоръчаната процедура.

Подпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Сертифициран от Algeness® лекар :

Подпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Информиран съм, че ще бъдат направени снимки преди и след процедурата и ще бъдат прикачени към медицинското ми досие.

Съгласен съм, да ме снимат и снимките ми да бъдат използвани за медицински, научни или образователни цели, както и за маркетингови материали при условие, че моята идентичност не се разкрива.

Подпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_