

## 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 3 до 12 месяцев (в зависимости от индивидуальных особенностей пациента).<sup>1</sup> По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.

2) Клинический эффект начинает проявляться на 2-3 день после инъекции и достигает своего максимума через 2 недели.<sup>1</sup>

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. (Подробный список возможных нежелательных явлений представлен в инструкции по медицинскому применению)<sup>2</sup>

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.

### Подписи:

Врач \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

1. Медицинская технология по применению препарата Диспорт® в лечении гипергидрозов  
2. Инструкция по медицинскому применению Диспорт® № 011520/01-150811

## 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: \_\_\_\_\_

Восстановление \_\_\_\_\_ мл

0,9% р-ра NaCl/фл \_\_\_\_\_ ЕД

### ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Дата осмотра: \_\_\_\_\_

Дополнительное воздействие: \_\_\_\_\_

Телефон для экстренной связи с врачом в случае возникновения нежелательных явлений \_\_\_\_\_

### Комментарии:

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

DU 2014-1