



Информированное согласие

Я, _____
Информирован(а) о методе плазмолифтинга для лечения проблем кожи и волосистой части головы.
Плазмолифтинг-метод, при котором из небольшого количества крови пациента получают плазму с высокой концентрацией тромбоцитов, которую вводят с помощью внутривенных инъекций в зоны повреждения.

Эта плазма содержит большое количество факторов роста, что стимулирует стволовые клетки повреждённых тканей к регенерации.

Первичный эффект наступает через 2 недели.

Длительный эффект-после полного курса.

В течении нескольких дней возможно сохранение гематом, боль в месте введения,

Возможна индивидуальная аллергическая реакция на анти-коагулянты (аспирин, гепарин...).

Противопоказания: системные заболевания крови, воспалительные заболевания кожи, дерматозы, (псориаз), аллергия к антикоагулянтам, используемым при изготовлении препарата, сахарный диабет в декомпенсированной форме, иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования.

После проведения процедуры рекомендуется не массировать и не разминать место инъекции, избегать воздействия высоких температур на область инъекции в течении 1-2 недель (компрессы, баня, сауна, солярий)
ОПРОСНИК (ДА Нет) нужное обвести

1. Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? ДА НЕТ

2. Есть ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты ДА НЕТ

На что _____)

Особое внимание к группе антикоагулянтов препараты разжижающие кровь (аспирин, гепарин)

3. Есть ли у Вас какие-либо кожные аллергические реакции (кожный зуд, высыпания,) ДА НЕТ

Испытывали ли Вы когда-нибудь приступы удушья ДА НЕТ

В каких ситуациях _____

Был ли у Вас когда-нибудь анафилактический шок ДА НЕТ

4. Есть ли у Вас какие-либо из заболеваний:

сахарный диабет, ДА НЕТ

заболевание крови, ДА НЕТ

онкологическое заболевание, , ДА НЕТ

ВИЧ, ДА НЕТ

5. Состояние иммунной системы:

как часто болеете простудными заболеваниями (чаще 2 раз в год) ДА НЕТ

6. Страдаете ли Вы какими-либо заболеваниями сердечно-сосудистой системы?

(гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, нарушение сердечного ритма)

ДА НЕТ

, если да, то какие препараты принимаете в настоящее время?

Принимаете ли препараты действующие на свёртываемость крови? (Аспирин, тромбо-асс, или другие)

ДА НЕТ

7. Страдаете ли вы заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в частности язвенной болезнью желудка или ДПК?

ДА НЕТ

8. Бывают ли у Вас носовые кровотечения, геморроидальные кровотечения, кровоточивость дёсен? ДА НЕТ

ДАТА

ПОДПИСЬ