

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU Z UŻYCIEM LASERA HARMONY XL

Data.....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj zabiegu.....

Parametry zabiegu.....

Urządzenie

DANE OSOBOWE PACJENTA:

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL

Adres.....

Telefon.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym).

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

lateks, lidokaina, maści, inne? Jeśli tak to na

co:.....

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK NIE

pokrzywka TAK NIE

obrzęki TAK NIE

swędzenie TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby nowotworowe TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) TAK NIE

zaburzenia metaboliczne (cukrzyca) TAK NIE

zaburzenia hormonalne TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE
choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica) TAK NIE
choroby skóry TAK NIE
opryszczka TAK NIE

choroby zakaźne

żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS/ HIV TAK NIE
żółtaczką zakaźną B TAK NIE gruźlica TAK NIE
żółtaczką zakaźną C TAK NIE ch. weneryczne TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracyliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)? TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku.....

Czy przyjmuje Pan(i) aspirynę lub leki przeciwzakrzepowe? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE

Czy często się Pan(i) opala? TAK NIE

Data ostatniej ekspozycji na słońce/ solarium.....

Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? TAK NIE

Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK NIE

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu z użyciem lasera.
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu; (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu; (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: liczby zabiegów, od stopnia nieregularności skóry, wieku pacjenta, schorzeń skórnych, palenia papierosów, historii chorobowej, pielęgnacji skóry oraz przyjmowanych leków.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam że, zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu.

Data i podpis pacjenta.....

Data i podpis wykonującego zabieg

INFORMACJE DLA PACJENTA

AD. 5 MOŻLIWE EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH PRZY UŻYCIU LASERA HARMONY XL

CZĘSTE EFEKTY UBOCZNE:

- zaczerwienienie (występuje od razu po zabiegu i zwykle ustępuje w ciągu siedmiu (7) dni)
- opuchlizna (występuje od razu po zabiegu i zwykle ustępuje w ciągu 24-48 godzin)
- suchość skóry
- swędzenie

RZADKIE EFEKTY UBOCZNE:

- w ciągu 1-3 dni po zabiegu mogą pojawić się pęknięte naczynia krwionośne lub brązowienie skóry, które ustępuje zwykle samoistnie w ciągu 3-7 dni.
- hiperpigmentacja lub hipopigmentacja
- tworzenie się strupów, poparzenia, zasinienia czy pęcherze
- hiperpigmentacja pozapalna (PIH) trwająca 1-6 miesięcy.
- istnieje ryzyko infekcji, mogące wywołać wymienione skutki uboczne.
- istnieje ryzyko przypadkowego usunięcia owłosienia w przypadku zabiegów na owłosionych strefach ciała (włosy mogą nie odrosnąć, odrosnąć częściowo lub stać się gęstsze niż przed zabiegiem).
- nasilenie się objawów trądziku i opryszczki.

AD. 6 WSKAZÓWKI POZABIEGOWE DLA ZABIEGÓW Z UŻYCIEM LASERA HARMONY XL

- zastosowanie Cool Roller™ lub schłodzonych kompresów żelowych natychmiast po zabiegu pomoże zmniejszyć świąd i pieczenie, które mogą wystąpić po zabiegu.
- po schłodzeniu skóry można zaaplikować balsam lub żel do nawilżenia skóry i przeciwdziałania jej wysuszeniu, tworzeniu się strupów czy łuszczeniu.
- do oczyszczania po zabiegu należy stosować niepodrażniające skóry kosmetyki.
- w ciągu 24 godzin po zabiegu powinno unikać się nakładania mocnego makijażu
- skóra po zabiegu nie powinna być podrażniana ręcznie ani za pomocą kosmetyków.
- w miarę gojenia konieczna jest ochrona skóry przed uszkodzeniem i wystawianiem na słońce przynajmniej przez dwa tygodnie po zabiegu. Zaleca się stosowanie blokerów dla skóry wrażliwej z ochroną SPF 45 lub wyższą oraz filtrami UVA/UVB pomiędzy kolejnymi zabiegami.
- należy kontynuować stosowanie ochrony SPF 45 lub wyższej przez 6 miesięcy po ostatnim zabiegu podczas przebywania na zewnątrz.
- należy unikać intensywnych ćwiczeń przez jeden do trzech dni po zabiegu.
- po wygojeniu się skóry może pojawić się uczucie swędzenia lub suchości skóry, które będzie stopniowo ustępować.