ANKIETA ZABIEGI LASEROWE

RE/1/58

NAZWISKO ..... IMIĘ ..... PESEL .....

Adres ..... Telefon ..... email .....

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania gdyż ma to wpływ na możliwość wykonania zabiegu oraz jego poprawny przebieg

1	Czy jest Pani osobą karmiącą, w ciąży lub w najbliższym czasie planuje Pani zajść w ciążę?	☐ Tak	☐ Nie
2	Czy ma Pan / Pani wszczepiony symulator lub defibrylator serca?	☐ Tak	☐ Nie
3	Czy ma Pan / Pani metalowe implanty w obszarze zabiegu?	☐ Tak	☐ Nie
4	Czy występują bądź występowały u Pana / Pani jakiekolwiek choroby nowotworowe? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie
5	Czy występują bądź występowały u Pana / Pani jakiekolwiek choroby neurologiczne? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie

6	Czy występują bądź występowały u Pana / Pani poważne stany chorobowe, takie jak choroby serca?	☐ Tak	☐ Nie
7	Czy występują bądź występowały u Pana / Pani choroby stymulowane światłem takie jak epilepsja, porphyria?	☐ Tak	☐ Nie
8	Czy występuje u Pana / Pani osłabienie systemu immunologicznego z uwagi na choroby, takie jak AIDS, HIV lub za żywa Pan / Pani leki immunosupresyjne?	☐ Tak	☐ Nie
9	Czy ma Pan / Pani bliznowce?	☐ Tak	☐ Nie
10	Czy ma Pan / Pani zaburzenia krzepliwości krwi lub zażywa leki rozrzedzające krew? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie
11	Czy przyjmuje Pan / Pani hormony? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie
12	Czy przyjmuje Pan / Pani na stałe leki? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie
13	Czy przyjmuje Pan / Pani w obecnej chwili antybiotyki? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie
14	Czy ma pan / Pani łuszczycę lub bielactwo?	☐ Tak	☐ Nie
15	Czy występuje u Pana / Pani opryszczka?	☐ Tak	☐ Nie

16	Czy opalał się Pan / opalała się Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni?	☐ Tak	☐ Nie
17	Czy stosował Pan / stosowała Pani balsamy brązujące lub samoopalacze w ciągu ostatnich 2 tygodni?	☐ Tak	☐ Nie
18	Czy przyjmuje Pan / Pani jakiekolwiek witaminy ew. suplementy diety? Jeśli TAK to jakie?	☐ Tak	☐ Nie
19	Czy w ostatnim czasie przyjmował Pan / przyjmowała Pani jakiekolwiek zioła bądź herbatki wyszczuplające?	☐ Tak	☐ Nie
20	Czy stosował Pan / stosowała Pani w ostatnim czasie peelingi lub czy były przeprowadzone zabiegi złuszczające skórę? Jakie?	☐ Tak	☐ Nie
21	Czy miał Pan / miała Pani w ostatnim czasie zabiegi uszkadzające skórę (kosmetyczne, mezoterapia)? Jakie?	☐ Tak	☐ Nie
21	Czy stosował Pan / stosowała Pani w ostatnim czasie kremy z retinolem lub Wit. C? Jakie?	☐ Tak	☐ Nie
22	Czy występują u Pana / Pani w obecnej chwili aktywne infekcje skórne	☐ Tak	☐ Nie

	bakteryjne, wirusowe (w tym opryszczka), grzybicze, ? ……		
23	Czy choruje Pan / Pani na cukrzycę?	☐ Tak	☐ Nie
24	Czy ma Pan / Pani skłonność do przebarwień?	☐ Tak	☐ Nie
25	Czy jest Pan/i uczulony/a na jad błonkoskrzydłych (pszczoły, osy)	☐ Tak	☐ Nie

UWAGA: Wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

……

data i podpis pacjenta

Przeciwwskazania do zabiegów laserowych.

1. Mocna lub świeża opalenizna (zakaz opalania się min.4 tygodnie przed zabiegiem, również na solarium oraz należy zaprzestać2. stosowania kremów brązujących, ponieważ zabieg będzie nieskuteczny i mogą wystąpić3. przebarwienia i poparzenia skóry.
4. Ciąża i karmienie piersią
5. Guzy i nowotwory, a w szczególności przebyty rak skóry i czerniak złośliwy
6. Bielactwo, łuszczyca oraz inne choroby autoimmunologiczne
7. Aktywna opryszczka w miejscu poddawanym zabiegowi
8. Nadwrażliwość na światło
10. Epilepsja (padaczka)
11. Cukrzyca nieuregulowana
12. Rozrusznik serca, implanty metalowe, pompa insulinowa

13. Skłonność14. do powstawania bliznowców, keloidów

15. Przyjmowanie suplementów ziołowych i antybiotyków

Na 3 tygodnie przed zabiegiem należy zaprzestać stosowania :

1. Zioła: wszystkich ziół i mieszanek ziołowych, detoksykujących, odchudzających, oczyszczających (dziurawiec, nagietek, bratek, skrzyp, pokrzywa, rumianek, melisa, mięta, kozłek lekarski (valeriana), bergamotka, arcydzięgiel, lubczyk, kminek, biedżeniec, aminek większy, doustne suplementy na skórę, włosy i paznokcie np. skrzypovita

2. Leki:

- Antybiotyki (np. antybiotyki (np: tetracykliny, azytromycyna, ciprofloksacyna, kotrymoksazol, nitronitrofurantoina, doksycyklina, metronidazol)
- leki homeopatyczne, steroidowe,
- niektóre leki przeciwnadciśnieniowe, nasercowe (amilorid, amiodaron, atenolol, bisoprolol, kaptopryl, diltiazem, enalapryl, enarenal;
- niektóre leki przeciwcukrzycowe, np. tolbutamid,glipizyd,metformina
- sulfonamidy;
- tiazydowe środki moczopędne: hydrochlorotiazyd, bendroflumentiazyd, bemetizyd
- środki przeciwbólowe (ketonal, ibum, ibuprofen, polopiryna, aspiryna, pyralginum i inne (można tylko paracetamol, Apap)
- niesteroidowe środki przeciwreumatyczne;
- niektóre środki przeciwbakteryjne i przeciwgrzybiczne (terbinafina, ketokonazol, gryzeofulwina)
- niektóre środki uspokajające i przeciwdepresyjne, a także przeciwwymiotne (np. fenotiazyny);

 pochodne retinoidów zarówno te zawarte w lekach doustnych, jak i w maściach;

 leki przeciwpasożytnicze (chinina, chinidyna, chlorochina)

 szczepionki np. przeciwgrypowe

UWAGA: Przyjmowanie Roaccutanu, Accutanu, tretinoiny, izotretinoiny – zabieg laserowy można wykonać 6

miesięcy po zakończeniu terapii

3. Kosmetyki:

 kremy z witaminą A i C oraz kremy z kwasami i substancjami ziołowymi np: krem z nagietkiem, maści sterydowe, maści antybiotykowe.

 środki przeciwbakteryjne w mydłach;

 dezodoranty;

 niektóre stosowane w perfumach substancje zapachowe (piżmo, olejki: bergamotowy, cedrowy, lawendowy, sandałowy i waniliowy);

 kwasy AHA i BHA;

 kwas retinowy i jego pochodne.

UWAGA:

1. Na 24 godziny przed zabiegiem zabronione jest spożywanie alkoholu oraz używanie kosmetyków, toników na bazie alkoholu.

3. Należy bezwzględnie poinformować laseroterapeutę o wszystkich przyjmowanych lekach,

ziołach i innych suplementach diety.

5. Niezastosowanie się do zaleceń i przeciwwskazań może spowodować poparzenia skóry

.....

data i podpis pacjenta