Świadoma zgoda na przeprowadzenie zabiegu z użyciem lasera frakcyjnego CO2

WSKAZANIA

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/a: starzenie skóry, zmiany pigmentowe, zmarszczki, blizny, rozstępy

PROPONOWANA METODA LECZENIA

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/wskazania do zabiegu z użyciem lasera CO2 co pozwoli na redukcję: zmarszczek, blizn potrądzikowych, niejednorodnego odcienia skóry i zaburzeń jej tekstury

Proponowany zabieg przebiega następująco: do skóry przykładana jest głowica emitująca mikrowiązki światła, które penetrują skórę na głębokość ok. 1,5 mm, w kontrolowany sposób uszkadzając wybrane obszary naskórka i skóry właściwej. W wyniku naturalnego procesu gojenia komórki uszkodzone zastępowane są nową tkanką , czego efektem jest zdrowsza i młodsza skóra. W trakcie zabiegu i po jego zakończeniu większość pacjentów odczuwa lekki dyskomfort. Bezpośrednio po zabiegu skóra jest zaczerwieniona, co utrzymuje się zwykle przez kilka godzin; mogą się pojawić drobne skrzepki, które po kilku, kilkunastu dniach ulegają całkowitemu złuszczeniu.

PRZECIWWSKAZANIA

Terapie doustne retinoidami (Roaccutan, Accutan), izotretinoiną (Izotek, Curacne, Aknenormin) lub steroidami, nadwrażliwość na światło, zioła światłouczulające (dziurawiec, nagietek, skrzyp), leki antywirusowe, antybiotyki, nowotwory skóry, fotodermatozy, stany zapalne skóry, przewlekłe zapalne dermatozy (łuszczyca, atopowe zapalenie skóry), bielactwo, aktywna opryszczka, HIV, zaburzenia krzepnięcia, okres 4 tygodni od wypełniania zmarszczek kwasem hialuronowym, mocna świeża opalenizna (zakaz opalania minimum 4 tygodnie przed zabiegiem), skóra opalona, stosowanie samoopalaczy i kremów brązujących, niedawne peelingi, cukrzyca, ciąża, karmienie piersią, obniżenie odporności organizmu, epilepsja, rozrusznik serca, implanty metalowe, pompa insulinowa.

W przypadku Roaccutanu, Accutanu, tretinoiny, izotretinoiny – 6 miesięcy po zakończeniu terapii można wykonać zabieg laserowy.

POWIKŁANIA

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem laseroterapii; powikłania występują niezwykle rzadko i należą do nich uszkodzenie ciągłości skóry (pęcherzyki, strupki), zasinienia , zmiany pigmentacji, bliznowacenie, infekcje skórne (np. uaktywnienie opryszczki). Objawami ubocznymi zabiegów laserowych może być dyskomfort w trakcie zabiegu – pieczenie, świąd, zaczerwienienie, obrzęk, zwiększenie wrażliwości skóry zaraz po zabiegu. Te objawy ustępują w ciągu kilku godzin po zabiegu.

ROKOWANIE

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/u leczenia zdarzają się rzadko. Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej terapii laserowej w Pani/a przypadku jest:

duże średnie ograniczone

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGACH LASEROWYCH

Stosowanie wysokiej ochrony przeciwsłonecznej (SPF 50), zakaz opalania w trakcie trwania terapii i przez okres 4 tygodni od jej zakończenia, unikanie przegrzewania skóry (intensywne ćwiczenia fizyczne, sauna przez okres ok. 5 dni), intensywne nawilżanie skóry minimum dwukrotnie w ciągu dnia, unikanie kosmetyków drażniących, mydeł i preparatów na bazie alkoholu, zakaz wykonywania peelingów przez kilka dni od zabiegu, unikanie drażnienia skóry, unikanie stosowania makijażu (czas uzależniony od rodzaju zabiegu), konsultacja w przypadku pojawienia się powikłań, wykonanie wizyty kontrolnej po upływie 4-6 tygodni od zabiegu

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA; ZASTRZEŻENIA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/em dr .....spełnione zostały moje wszelkie wymagania co do informacji na temat rozpoznania, mojego stanu zdrowia, przebiegu leczenia, konieczności i sposobu przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu laseroterapii (w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana) rodzaju i czasie trwania zabiegu , sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku oraz następstwach zastosowania tego rodzaju terapii.

Świadoma/y jestem wyników leczenia z użyciem lasera, rokowania oraz ewentualnego postępowania w okresie pozabiegowym, (koniecznych wizytach konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu, leczeniu farmakologicznym, jeśli zalecono), negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem lub spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza. Zapoznałam/em się z możliwością wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz możliwym przebiegiem gojenia.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia, znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu na wykonanie dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym miejscu uwzględni także pewne stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w trakcie kwalifikowania do operacji.

W przypadku zaistnienia powikłań nie będących błędem leczniczym operatora i/lub lekarza wyrażam zgodę na dodatkowy zabieg/operację i zobowiązuję się do pokrycia jej kosztów.

W okresie mojego pobytu w szpitalu upoważniam lekarzy leczących do przekazywania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia wymienionym przez mnie osobom.

Upoważniam zespół KLINIKA PROMIENISTA do wykonywania dokumentacji fotograficznej i/lub video.

Zgadzam się bez zastrzeżeń na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

……
……
……
……
……

oraz na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, lub ciężkiego rozstroju zdrowia

data: ……. lekarz: ……

Lp	Imię i nazwisko	Data zabiegu	Podpis pacjenta