Świadoma zgoda na przeprowadzenie zabiegu z użyciem kwasu hialuronowego

WSKAZANIA

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/a.....

.....

.....

PROPONOWANA METODA LECZENIA

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/wskazania do zabiegu z użyciem preparatu .....

Proponowany zabieg polega na śródskórnym lub podskórnym wstrzyknięciu kwasu hialuronowego. Przed zabiegiem powierzchnię skóry można miejscowo znieczulić. Wypełniacz wstrzyknięty w linię zmarszczki sprawia, że skóra wypełnia się wstrzykiwaną substancją (kwasem hialuronowym) i wygładza się, a zmarszczka znika. Wypełnienie wykonywane jest za pomocą cieniutkich igiełek i najczęściej stosowane w celu usunięcia fałdów nosowo-wargowych, zmarszczek wokół ust (zmarszczek palacza), bruzd między brwiami (lwia bruzda). W zależności od wielkości i głębokości zmarszczek lekarz dobierze odpowiedni wypełniacz dopasowując go na podstawie wielkości cząsteczek kwasu hialuronowego: małe cząsteczki stosuje się do zmarszczek cienkich i płytkich, większe cząsteczki - do głębokich bruzd. Zabieg może być wykonany u osób obu płci w każdym wieku, jednak najlepszym przedziałem wiekowym jest 25-55 lat. U osób starszych, z powodu różnych czynników, efekty zabiegu utrzymują się nieco krócej. Produkt nie jest alergenny, jest obojętny dla organizmu.

PRZECIWWSKAZANIA

Najważniejszym przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu jest skłonność do opryszczki. Do przeciwwskazań należą również: ciąża i karmienie piersią, zmiany zapalne w obszarze planowanego zabiegu, choroby immunologiczne z kręgu kolagenoz, skłonność do tworzenia blizn przerostowych, rozchwiana cukrzyca, przyjmowanie antykoagulantów, kosteroidów, bielactwo, łuszczyca, miejsca ostrzyknięte wypełniaczem permanentnym.

POWIKŁANIA

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.
Bo możliwych powikłań i efektów niepożądanych należą krwiaki, wybroczyny, siniaki w miejscu wkłucia, zaczerwienienie i obrzęk tkanek, zmiany w pigmentacji, zgrubienia, hyperkorekcja, zmiany grudkowo – krostkowe, nadwrażliwość i zmiany alergiczne, infekcje w miejscu wkłucia, uaktywnienia wirusa Herpes (wirus opryszczki) przy powiększaniu ust. Objawy mają najczęściej charakter przemijający. Powikłaniem może być również nieprawidłowa aplikacja; zbyt płytko (grudki) lub za głęboko (brak efektu) lub użycie dwóch preparatów kwasu hialuronowego o różnym usieciowaniu (grudki).

ROKOWANIE

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/u leczenia nie zdarzają się. Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej terapii z użyciem kwasu hialuronowego w Pani/a przypadku jest:

duże średnie ograniczone

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGACH

Po zabiegu, w miejscu wkłucia może być widoczne przez kilka godzin niewielkie zaczerwienienie. Siniaki mogą powstać nawet przy wzorcowo przeprowadzonym zabiegu na skutek naruszenia śród- lub podskórnego naczynia krwionośnego. Bezpośrednio po zabiegu należy unikać gwałtownej mimiki (aby nie przesunąć wstrzykniętej substancji), opalania się i masaży twarzy. Kwas pozostaje w skórze od 6 do 24 miesięcy. Efektem działania kwasu hialuronowego jest nie tylko wypełnienie zmarszczki, ale również wygładzenie, nawilżenie i stymulacja skóry do odnowy. W miarę upływu czasu wypełniacze wchłaniają się całkowicie, nie pozostawiając śladów w skórze, a efekt początkowy można przedłużyć za pomocą kolejnych zabiegów retuszujących.

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 kwasu hialuronowego, 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.

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