

Imię i nazwisko:
Data urodzenia:.....
miejsowość / data:
telefon kontaktowy:
adres e-mail:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGU STYMULACJI TKANKOWEJ

INFORMACJA O ZABIEGU

Stymulatory tkankowe są wykorzystywane w medycynie przeciwstarzeniowej i służą do odbudowy struktury skóry, dzięki stymulacji komórek skóry: kolagenu i elastyny.

Zazwyczaj są to preparaty na bazie nieusieciowanego kwasu hialuronowego o różnych stężeniach jak również kwasu bursztynowego, który ma zdolności do bioregeneracji. Kwas hialuronowy natomiast ma zdolności wypełniające oraz nawilżające.

Zabieg stymulatorami tkankowymi jest wykonywany przy użyciu produktów takich jak:

- Karisma,
- Prophilu,
- Nucleofill,
- Ejal40,
- Sunekos1200.

Każdorazowo preparat, który zostanie użyty podczas zabiegu jest dobierany przez Specjalistę, według oczekiwań, potrzeb, jakości i stanu skóry Klienta. Proponowany zabieg jest zabiegiem inwazyjny gdyż związany jest z przerwaniem ciągłości naskórka, wobec czego nie jest pozbawiony ryzyka.

Zabieg polega na wstrzyknięciu za pomocą igły lub kaniuli ww. preparatu w miejsca poddane zabiegowi. Celem zabiegu jest zneutralizowanie zwióczenia skóry, przywrócenia utraconego konturu twarzy, wygładzenia zmarszczek, wysmuklenia rys twarzy, wygładzenia oraz zagęszczenia skóry, a także poprawa walorów estetycznych. Wskazaniem do przeprowadzenia zabiegu za pomocą stymulatorów tkankowych jest modelowanie policzków, wypełnienie linii marionetki, korekta linii żuchwy i okolicy podjarzmowej, a także korekta kształtu nosa i brody.

Ponadto celem zabiegu jest przywrócenie jędrności skóry, zatrzymanie oznak starzenia, zniwelowanie pierwszych zmarszczek, zrewitalizowanie suchej skóry – pozbawionej blasku.

Zabiegowi poddawana/y jest:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> wszystkie partie twarzy | <input type="checkbox"/> okolice oczu | <input type="checkbox"/> kości policzkowe |
| <input type="checkbox"/> dekolc | <input type="checkbox"/> okolice brody i podbródka | <input type="checkbox"/> szyja |

Zabieg odbywa się zawsze po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań do wykonania zabiegu.

W rozmowie z Klientem zostają określone potrzeby i oczekiwania od wykonanego zabiegu. Zabieg zostaje wykonany z zastosowaniem preparatu Specjalista wraz z Klientem dobierają odpowiednio ilość preparatu, który wynosiml.

Kolejnym etapem jest znieczulenie, które minimalizuje dyskomfort podczas zabiegu. Próg bólu odczuwany jest indywidualnie.

Zastosowanie znieczulenia gwarantuje zminimalizowanie bólu, który w większości przypadków określany jest, jako niemal nie odczuwalny.
Czas zabiegu uzależniony jest od miejsca aplikacji oraz cech indywidualnych naskórka, ale średnio trwa ok 30 MIN

Zabieg przy użyciu stymulatorów tkankowych nie daje efektów trwałych, jego efekt utrzymuje się przez określony czas, który zależy od zastosowanego stymulatora oraz ilości zastosowanego preparatu. Dla uzyskania zadowalających efektów zabieg powinien zostać wykonany w seriach 3 zabiegów, które powinny zostać wykonane w odstępach co 4 tygodnie. Zabieg przypominający należy wykonać po około 12 miesiącach od zakończonej serii zabiegów.

Częstotliwość wykonywanych zabiegów w seriach uzależniona jest od rodzaju zastosowanego stymulatora.

Ponadto efekt zabiegu utrzymuje się w zależności od rodzaju i stanu skóry, wstrzykniętej ilości preparatu oraz techniki iniekcji, ale także od jakości życia. Specjalista informuje Klienta o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego Klienta. W przypadku każdego Klienta efekt jest indywidualny i nie można go zagwarantować.

U niektórych Klientów efekt widoczny jest w pierwszych godzinach od zabiegu, a u innych wcale. Również utrzymanie efektów nie jest zależne od Specjalisty wykonującego zabieg, a indywidualnych predyspozycji i reakcji skóry na preparat. Rzadko zdarzają się sytuacje gdy efekt utrzymuje się krótko. Mogą wystąpić sytuacje kiedy zadowalający efekt zabiegu będzie możliwy do osiągnięcia w danym przypadku lub też nie, za co Specjalista wykonujący zabieg nie ponosi odpowiedzialności. Preparat może nie zadziałać w sposób jaki był oczekiwany, co jest uzależnione od indywidualnej reakcji skóry na preparat.

W trakcie zabiegu może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z Klientem.

Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko, należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę ich wyniku.

PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Proszę wpisać wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy.....

BEZWZGLEDNE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Czy jest Pani w ciąży lub w okresie laktacji?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan zapalenie lub zakażenie skóry (trądzik, opryszczka, zapalenia skórne, alergiczne lub grzybicze zmiany w okolicach podlegających zabiegowi, naczyniaki, liszaje, brodawczaki, przerwania ciągłości naskórka, poparzenia słoneczne?)	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan uczulenie, nadwrażliwość na składnik znieczulenia?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan nadwrażliwość na preparat.....?	TAK	NIE
Czy występuje u Pani/Pana grzybicze/bakteryjne zapalenie skóry?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan zaburzenia sercowo – naczyniowe?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na hemofilię?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatniego roku była /Pan poddawana chemioterapii lub radioterapii?	TAK	NIE

Czy choruje Pani/Pan na nowotwór?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na HIV lub żółtaczkę?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na łuszczycę?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na epilepsję?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan problem/trudności z gojeniem ran?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan problemy z krzepnięciem krwi?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan alergię na składniki preparatu?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan alergię na preparaty stosowane do miejscowego znieczulenia?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan podatność na przerost blizn?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmowała Pani/Pan alkohol lub inne środki odurzające?	TAK	NIE
Czy stosuje Pani/Pan leki przeciwzakrzepowe?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na dnę moczanową?	TAK	NIE
Czy cierpi Pani/ Pan na trudności z oddychaniem?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/i na zaburzenia psychiczne?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan tendencję do nie stosowania się do zaleceń pozabiegowych?	TAK	NIE

Nie jest możliwe wykonanie zabiegu wtedy gdy Klient ma nierealne oczekiwania wobec efektów wykonanego zabiegu.

WZGLĘDNE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Czy ma Pani/Pan problemy z krążeniem?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na choroby autoimmunologiczne? (Hashimoto)	TAK	NIE
Czy w ostatnich 7 dniach przyjmowała Pan/i leki zmniejszające krzepliwość krwi m.in. kwas acetylosalicylowy, heparyny, acenokumarol?	TAK	NIE

CZASOWE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Czy korzystała Pani/Pan z wypełniaczy skórnych - kwasu hialuronowego?	TAK	NIE
Czy korzystała Pani/Pan z zabiegów chirurgicznych w okolicy twarzy?		
Jeżeli tak, to z jakich?		
.....	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan w trakcie stosowania antybiotykoterapii?	TAK	NIE
Czy stosuje Pani/Pan leki rozrzedzające krew? (aspiryna, paracetamol, witamina E, inne)	TAK	NIE
Czy stosuje Pani/Pan leki do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan podniesioną temperaturę ciała lub jest przeziębiona w dniu zabiegu?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan skłonności do sińców lub krwawienia?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan tatuaże?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan makijaż permanentny? Jeżeli tak, to kiedy został wykonany i jaką techniką ?.....		
.....	TAK	NIE
Czy korzystała Pani/Pan z zastrzyków z użyciem botoksu?	TAK	NIE
Jeżeli tak, to z jakich?		
.....		
Czy stosuje Pani/Pan leki do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem?	TAK	NIE

Czy ma Pani/Pan podniesioną temperaturę ciała lub jest przeziębiona w dniu zabiegu?

TAK NIE

INNE.....

Czy ma Pani/Pan skłonności do sińców lub krwawienia?

TAK NIE

Czy posiada Pani/Pan tatuaże?

TAK NIE

Czy posiada Pani/Pan inne schorzenia, proszę podać jakie:

.....

Oświadczam, że przed zabiegiem została ze mną przeprowadzona rozmowa, w której Specjalista wykonujący zabieg poinformował mnie o przebiegu zabiegu, jego celu oraz przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

W związku z tym oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym wystąpienia powikłań.

W przypadku podania nieprawidłowych informacji albo zatajenia prawdy, traktowane jest jako przyczynienie się do powstania szkody (rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała czy negatywny efekt zabiegu) za które Specjalista wykonujący zabieg nie ponosi odpowiedzialności.

.....

Data i czytelny podpis Klienta

MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA SKUTKI UBOCZNE PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU - CZĘSTE

- zaczerwienienie
- obrzęk
- krwawienie
- zasinienie
- rumień
- swędzenie
- ból
- zgrubienie lub grudki

MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – RZADKIE

- zakażenie wirusowe
- powstanie blizn
- reakcje alergiczne
- zakażenie bakteryjne
- asymetria twarzy

MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – BARDZO RZADKIE

- bliznowce.
- martwica,
- zaburzenia widzenia,

- zapalenie i obrzęk.

ZALECENIA PRZED PRZEPROWADZENIEM ZABIEGU

- należy unikać stosowania leków przeciwzapalnych na kilka dni przed zabiegiem
- zaprzestać (co najmniej na 24 H przed zabiegiem przyjmowania) środków powodujących obniżoną krzepliwość krwi (np. Aspiryna),
- **nie zażywać leków przeciwbólowych na 1 dni przed zabiegiem,**
- należy unikać picia alkoholu w dniu zabiegu oraz 2 dni przed zabiegiem,
- należy unikać opalania lub korzystania z sauny na 7 dni przed zabiegiem.

ZALECENIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o konieczności stosowania się po przeprowadzonym zabiegu do przestrzegania następujących zaleceń:

- miejsce poddane zabiegowi traktować ze szczególną ostrożnością
- unikać uciskania i masażu twarzy lub innego miejsca poddanego zabiegowi
- zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia
- nie przemywać wodą, mydłem i środkami złuszczącymi miejsc poddanych iniekcji min. 5 H
- unikać stosowania kosmetyków podrażniających np. z alkoholem,
- nie traktować środkami złuszczącymi miejsc poddanych zabiegowi przez min. 2 tyg.
- unikać silnej ekspozycji słonecznej przez TYDZIEN . i stosować kremy z wysokim filtrem UV,
- nie korzystać z solarium przez okres 7 DNI
- nie korzystać z sauny, basenu, łaźni, kriokomory przez okres min. 7 DNI
- unikać długotrwałego przebywania na mrozie,
- unikać mechanicznego odrywania strupów,
- unikać spożywania alkoholu przez 24 godz. po zabiegu,
- nie poddawać się zabiegom peelingu chemicznego i mechanicznego przez okres 2 tygodni od zabiegu,
- unikać używania szorstkich ręczników,
- unikać masowania miejsc objętych zabiegiem,
- nie dopuścić do kontaktu strefy poddanej zabiegowi ze zwierzętami domowymi, należy zmienić ręcznik do twarzy oraz poszewkę na poduszce,
- miejsca poddanego zabiegowi nie przykładać lodem,
- unikać spożywania gorących posiłków/napojów minimum 24 godz. od zabiegu,
- po zabiegu unikać wahań termicznych temperatury (do 1 tygodni)
- 2 dni po zabiegu nie należy przyjmować leków przeciwzapalnych, antybiotyków,
- spożywać minimum 2 litry wody dziennie,
- przy tendencjach do pojawiających się opryszczek zaleca się stosowanie preparatów Heviran lub Hascovir,
- do 4 tyg. po zabiegu nie wykonywać zabiegów tj. laseroterapii w okolicach iniekcji, makijażu permanentnego ust, peelingu, zabiegów związanych ze ścieraniem naskórka,
- unikać wysiłku fizycznego bezpośrednio po zabiegu

- jeżeli w ciągu 3 - 6 miesięcy od wyżej wymienionego zabiegu Klient będzie musiał(a) poddać się badaniu rezonansem magnetycznym - zobowiązany jest do poinformowania swojego lekarza o wykonanych zabiegach z zastosowaniem kwasu hialuronowego

UWAGA!!! Należy stosować się ściśle do zaleceń przed zabiegowych i po zabiegowych.

UWAGA!!! Wystąpienie jakichkolwiek reakcji niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić Specjaliście wykonującemu zabieg.

Oświadczam, że przed zabiegiem została ze mną przeprowadzona rozmowa, w której Specjalista przeprowadzający zabieg poinformował mnie wyczerpująco o możliwych do wystąpienia skutkach ubocznych po przeprowadzonym zabiegu, ryzyku powikłań oraz udzielił mi wyczerpujących informacji co do wymaganych zaleceń po zabiegu.

Zobowiązuję się przestrzegać wszelkich zaleceń przed i po zabiegu, które zostały mi przekazane i objaśnione przez Specjalistę wykonującego zabieg. Rozumiem, że jeżeli nie będę przestrzegać wyżej wskazanych zaleceń możliwe jest wystąpienie zakażenia i powstanie blizn, a także innych powikłań po zabiegu.

.....
Data i czytelny podpis Klienta

TREŚĆ ZGODY

Niniejszym oświadczam, że otrzymałam/em od Specjalisty wykonującego zabieg pełną informację na temat wskazań do przeprowadzenia zabiegu stymulatorami tkankowymi oraz możliwych do uzyskania efektów.

Miałam/em możliwość zadawania pytań w trakcie rozmowy oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Informacja udzielona przez Specjalistę była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

Jestem świadoma/my, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/ny przez Specjalistę przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/my, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność pomiędzy rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez Specjalistę przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

Udzieliłam/em możliwie jak najbardziej pełnych odpowiedzi na pytania związane z dotychczasowym stanem zdrowia. Ponadto otrzymałam/em instrukcje na temat postępowania i pielęgnacji miejsca zabiegu.

Poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu czynników, a w szczególności od biochemii, rodzaju skóry, ilości wstrzykniętego preparatu, oraz zastosowanej techniki, wobec czego nie da się w pełni zagwarantować oczekiwanych efektów zabiegu, ani że będą one identyczne w przypadku każdego Klienta. Ilość zabiegów oraz ich efekt jest uwarunkowany dla każdej osoby indywidualnie. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja udanego zabiegu.

Zostałam/em poinformowana/ny, że po zakończeniu zabiegu może wystąpić opuchlizna i zaczerwienienie skóry, które ustąpi w ciągu kilku dni w zależności od prowadzonego trybu życia. W niektórych przypadkach mogą pojawić się sińce.

Mam świadomość, że może wystąpić reakcja na środek znieczulający lub wstrzyknięty preparat, a w przypadku wystąpienia reakcji alergicznej przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za skutki jej wystąpienia.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, obszaru i techniki wykonania zabiegu i utrzymują się do 2 MCY

Decyzja o poddaniu się zabiegowi stymulatorami tkankowymi jest świadoma i przemyślana. Zdaję sobie sprawę, iż zabieg należy powtórzyć po 4 TYG od przeprowadzonego zabiegu.

Zabieg należy wykonać w 3 seriach. Dla lepszego efektu drugi zabieg należy wykonać po 4 TYG,

Oświadczam że materiały, które zostaną użyte do zabiegu są jednorazowe i otworzone były w mojej obecności. W salonie zachowywane są najwyższe normy sanitarno - higieniczne.

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z wykonaniem zabiegu stymulatorami tkankowymi i w przypadku wykonania zabiegu zgodnie z zasadami i etyką pracy osoby wykonującej zabieg, a nie uzyskania spodziewanego efektu nie będę wnosić żadnych roszczeń w stosunku do osoby wykonującej zabieg.

.....
Data i czytelny podpis Klienta

Oświadczam, że mam świadomość tego, że Specjalista wykonujący zabieg nie jest lekarzem lub lekarzem dentystą w rozumieniu Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ale posiada duże doświadczenie w zakresie wykonywanych zabiegów. Oświadczam, że nie będę kierował/a roszczeń związanych z tym, że Specjalista wykonujący zabieg nie jest lekarzem lub lekarzem dentystą, gdyż jestem tego świadom/a przed poddaniem się zabiegowi na co wyrażam zgodę.

Data i czytelny podpis Klienta
.....

*w sytuacji gdy Klientem jest osoba która nie ukończyła 18 r.ż. zgoda powinna zostać podpisana przez opiekuna prawnego

Oświadczenie osoby wykonującej zabieg.

Po przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu z Klientem podejmuję się wykonania zabiegu z zastosowaniem stymulatorów tkankowych.

Dodatkowy komentarz osoby wykonującej zabieg:.....
.....
.....

Osoba wykonująca zabieg (data i czytelny podpis):