

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

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGU Z ZASTOSOWANIEM HIALURONIDAZY

INFORMACJA O ZABIEGU

Preparat hialuronidazy pochodzi z grupy enzymów i posiada zdolność do depolimeryzacji – rozkładu cząsteczek np. kwasu hialuronowego. Dzieje się tak dzięki przerwaniu wiązań chemicznych, co bezpośrednio skutkuje rozpadem cząsteczek hialuronianu oraz przyspieszeniu jego biodegradacji. Ma również działanie ułatwiające rozprzestrzenienie się oraz zwiększenie wchłaniania obcych substancji w organizmie człowieka.

Zabieg z zastosowaniem hialuronidazy wykonywany jest w przypadku konieczności usunięcia nadmiernej ilości kwasu hialuronowego, rozpuszczenia niewłaściwie dobranego kwasu hialuronowego, usunięcie grudek i nierówności spowodowanych zbyt płytką aplikacją kwasu, przemieszczania się kwasu hialuronowego, zlikwidowania obrzęku, który jest efektem zbyt silnego związania wody w miejscu podania kwasu hialuronowego.

Pierwsze efekty po podaniu hialuronidazy mogą być zauważalne już po upływie 24h od podania preparatu, a z czasem stają się coraz bardziej widoczne.

Hialuronidazę można zastosować nawet po upływie kilku miesięcy od podania kwasu hialuronowego. Jednak podanie hialuronidazy po dłuższym upływie czasu od zabiegu z podaniem kwasu hialuronowego może okazać się mniej skuteczne.

W wyniku zastosowania hialuronidazy nadmierna ilość kwasu hialuronowego zostaje zredukowana, dzięki czemu powierzchnia skóry jest gładsza, a grudki i obrzęki znikają.

Hialuronidaza zostaje zmetabolizowana i wydalona z organizmu w ciągu tygodnia od zastosowania.

Satysfakcjonujące rezultaty można osiągnąć najczęściej po jednym lub dwóch zabiegach, jednak każdy przypadek wymaga indywidualnego podejścia i liczba przeprowadzonych zabiegów z użyciem hialuronidazy może być większa.

WSKAZANIA

Podstawowe wskazania do podania hialuronidazy dzielą się na względne i bezwzględne.

Bezwzględne wskazania obejmują:

Hialuronidazę należy podać natychmiast, kiedy rozpoznane są poważne powikłania, związane z podaniem usieciowanego kwasu hialuronowego, takie jak:

- zagrażająca martwica skóry i tkanki podskórnej,
- zaburzenia widzenia,
- gwałtowna reakcja alergiczna,
- formowanie ropnia z powodu obecności kwasu hialuronowego,
- powstanie biofilmu,
- wystąpienie ziarniniaków,
- gwałtowna reakcja alergiczna.

W powyżej wymienionych sytuacjach, samo podanie hialuronidazy nie jest ostatecznym rozwiązaniem i powinno być kontynuowane wraz z wdrożonym procesem leczenia.

Względne wskazania obejmują:

- asymetrię,
- niesatysfakcjonujący efekt estetyczny, w tym prześwitywanie przez skórę zbyt płytko podanego preparatu,
- grudki,
- przemieszczenie się kwasu hialuronowego.

Przed zabiegiem powinna zostać przeprowadzona próba uczuleniowa poprzez podanie niewielkiej ilości hialuronidazy, a następnie obserwację czy nie występują niepożądane reakcje alergiczne. Na wystąpienie alergii narażone są szczególnie osoby uczulone na jad owadów błonkoskrzydłych. Jeśli w wykonaniu próby uczuleniowej nic się nie dzieje, po 15-30 minutach można przystąpić do wykonania zabiegu.

Jeśli występują bezwzględne przeciwwskazania do podania hialuronidazy, zabieg wykonuje się bez wcześniejszego przystąpienia do próby uczuleniowej.

Obszar poddany zabiegowi Specjalista wykonujący zabieg dezynfekuje, a następnie wprowadzi preparat hialuronidazy – za pomocą cienkiej igły - w obszar, w którym znajduje się podany kwas hialuronowy.

Zabieg hialuronidazy wykonywany jest przy użyciu produktów takich jak:

- **PBSerum Drain, MesoMedica.**

Każdorazowo preparat, który zostanie użyty podczas zabiegu jest dobierany przez Specjalistę, według oczekiwań i potrzeb Klienta. Proponowany zabieg jest zabiegiem inwazyjnym gdyż związany jest z przerwaniem ciągłości naskórka, wobec czego nie jest pozbawiony ryzyka. Zabieg polega na wstrzyknięciu za pomocą igły preparatu w miejsca poddane zabiegowi.

Zabiegowi poddawana/y jest:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> okolice kości policzkowych | <input type="checkbox"/> okolice oczu | <input type="checkbox"/> usta |
| <input type="checkbox"/> dekollet | <input type="checkbox"/> okolice nosa | |

Celem zabiegu jest:

Zabieg odbywa się zawsze po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań do wykonania zabiegu. W rozmowie z Klientem zostają określone potrzeby i oczekiwania od wykonania zabiegu. Zabieg zostaje wykonany z zastosowaniem preparatu Specjalista dobiera odpowiednią ilość preparatu, która wynosiml.

Kolejnym etapem jest znieczulenie, które minimalizuje dyskomfort podczas zabiegu. Próg bólu odczuwany jest indywidualnie. Do zabiegu wykorzystuje się znieczulenie. Zastosowanie znieczulenia gwarantuje zminimalizowanie bólu, który w większości przypadków określany jest, jako niemal nie odczuwalny.

Czas zabiegu zależy jest od miejsca aplikacji oraz cech indywidualnych naskórka, ale średnio trwa

ok. 60 minut.

Efekt zabiegu uzależniony jest od wcześniej podanego kwasu hialuronowego, odstępu czasu pomiędzy zabiegiem z zastosowaniem kwasu hialuronowego a planowanym zabiegiem hialuronidazy, wstrzykniętej ilości preparatu, biochemii, indywidualnych reakcji Klienta. Specjalista informuje Klienta o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego Klienta oraz nie zawsze jest możliwe osiągnięcie zamierzonego efektu w każdym przypadku.

Specjalista wykonujący zabieg informuje Klienta, o tym że zabieg hialuronidazy z uwagi na jego inwazyjność może spowodować wystąpienie powikłań lub konieczność wdrożenia dodatkowego leczenia o czym Klient zostaje poinformowany i co przyjmuje do wiadomości. W niektórych przypadkach zastosowanie hialuronidazy może spowodować zagrożenie zdrowia lub życia.

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 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 uczulenie na jad owadów (pszczoły, osy, szerszenia) lub na białko bydlęce oraz owcze?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan infekcje grzybicze, wirusowe i bakteryjne?	TAK	NIE

Czy ma Pani/Pan alergie 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 cierpi Pani/ Pan na trudności z oddychaniem?	TAK	NIE

WZGLĘDNE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Czy ma Pani/Pan problemy z krążeniem?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na choroby autoimmunologiczne?	TAK	NIE

CZASOWE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Czy korzystała Pani/Pan z zabiegów chirurgicznych w okolicy twarzy?
Jeżeli tak, to z jakich?

.....
TAK NIE

Czy korzystała Pani/Pan z wypełniaczy skórnych - kwasu hialuronowego?
Jeżeli tak, to z jakich?

.....
TAK NIE

Czy korzystała Pani/Pan z zastrzyków z użyciem botoksu?
Jeżeli tak, to z jakich?

.....
TAK NIE

Czy jest Pani/Pan w trakcie stosowania antybiotykoterapii?

Czy stosuje Pani/Pan leki rozrzedzające krew?
(aspiryna, paracetamol, witamina E, inne)

Czy stosuje Pani/Pan leki do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem?

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

Czy ma Pani/Pan skłonności do sińców lub krwawienia?

Czy posiada Pani/Pan tatuaże?

Czy posiada Pani/Pan makijaż permanentny? Jeżeli tak, to kiedy został wykonany i jaką techniką ?.....

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 zatajenie 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 POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU - CZĘSTE

- zaczerwienienie
- obrzęk
- krwawienie
- zasinienie
- rumień
- ból
- zgrubienie lub grudki
- ogólne złe samopoczucie

MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – RZADKIE

- efekt wizualny inny niż założony
- martwica
- nadciśnienie
- drgawki
- zawroty głowy
- dreszcze
- nudności
- wymioty
- reakcja alergiczna
- zatory naczyń krwionośnych
- infekcje o różnym podłożu
- powstanie blizn
- zakażenie bakteryjne
- asymetria twarzy
- wstrząs anafilaktyczny

ZALECENIA PRZED PRZEPROWADZENIEM ZABIEGU

- unikać stosowania leków przeciwzapalnych na kilka dni przed zabiegiem
- unikać picia alkoholu z dnia zabiegu
- unikać opalania lub korzystania z sauny na 2 dni przed zabiegiem
- na zabieg należy przyjść bez makijażu lub go zmyć bezpośrednio 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 twarzy lub innego miejsca poddanego zabiegowi
- przez około 24 godz. nie zaleca się masowania, tarcia, pocierania obszarów zabiegowych
- zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia
- nie przemywać wodą, mydłem i środkami złuszczącymi miejsc poddanych iniekcji min. 6 H
- nie wykonywać zabiegu kwasem hialuronowym oraz toksyną botulinową przez 4 TYG
- nie poddawać się zabiegom peelingu chemicznego i mechanicznego przez okres 4 TYG tygodni od zabiegu.

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 powikłań oraz skutków ubocznych.

.....
Data i czytelny podpis klienta

TREŚĆ ZGODY

Niniejszym oświadczam, że otrzymałam/em od Specjalisty wykonującego zabieg pełną informację na temat wskazań do przeprowadzenia zabiegu hialuronidazy 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 oraz jakości wcześniej podanego kwasu hialuronowego, wobec czego

nie da się w pełni zagwarantować oczekiwanych wyników 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.

Ponadto zostałam/em poinformowany o tym, że mogą wystąpić powikłania takie jak: nadciśnienie, drgawki, zawroty głowy, dreszcze, nudności, wymioty, ciężkie reakcje alergiczne, a nawet wstrząs anafilaktyczny, który może się wiązać ze skutkiem w postaci śmierci.

W obszarze poddanym zabiegowi może wystąpić niedokorekcja, co może skutkować nierównościami, pogorszeniem jakości i struktury skóry, które mogą być kontynuowane (poprawiane) w późniejszym czasie na koszt Klienta.

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.

Decyzja o poddaniu się zabiegowi hialuronidazy jest świadoma i przemyślana. Zdaję sobie sprawę, iż do osiągnięcia zadowalającego efektu powinien wystarczyć jeden przeprowadzony zabieg, ale rozumiem, że nie jest to regułą, gdyż w niektórych przypadkach może wystąpić konieczność powtórzenia go.

W razie konieczności powtórzenia zabiegu, kolejny należy wykonać DRUGI od pierwszego zabiegu. Zabieg może być wykonywany w odstępach TYGODNIA

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

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

.....
Data i czytelny podpis klienta:

Oświadczam, że mam świadomość tego, iż Specjalista wykonujący zabieg nie jest lekarzem lub lekarzem dentystą w rozumieniu Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ale posiada bogate 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 oraz wyrażam na to świadomą 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 hialuronidazy.

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

Osoba wykonująca zabieg (data i czytelny podpis):