

Imię i nazwisko:
Data urodzenia:.....
miejsowość / data:
telefon kontaktowy:
adres – email:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG MEZOTERAPII IGŁOWEJ

INFORMACJA O ZABIEGU

Zabieg mezoterapii igłowej polega na bezpośrednim podaniu cienką igłą małych dawek substancji aktywnych śródskórnym w miejsca, które zostaną poddane zabiegowi. Wstrzyknięcie substancji do obszaru tkanki poddanej zabiegowi tworzy depozyt, z którego substancja zostaje uwalniana stopniowo.

Wskazaniem do zabiegu są: przebarwienia, skóra zmęczona - wymagająca rewitalizacji, łojotok, osłabienie włosów i wypadanie włosów, łysienie, cellulit. Zabieg mezoterapii stosowany jest także w profilaktyce przeciwstarzeniowej skóry oraz w niwelowaniu objawów starzenia się skóry związanych z wiekiem, ekspozycją na słońce jak również paleniem tytoniu.

Mezoterapia igłowa twarzy jest jednym z zabiegów, który skutecznie redukuje zmarszczki mimiczne i chroni skórę przed negatywnym działaniem czynników zewnętrznych występujących w środowisku. Do mezoterapii twarzy najczęściej stosowane są preparaty na bazie kwasu hialuronowego oraz witamin A, C, E a także czynnych substancji aktywnych.

Mezoterapia igłowa szyi i dekoltu - obok twarzy - jest obszarem najczęściej poddawany zabiegowi mezoterapii. Poprawia elastyczność i odżywia skórę. W miejscach, takich jak szyja czy dekolci, skóra szybko traci blask, a po zabiegu jest nie tylko zregenerowana i odmłodzona, ale też bardzo mocno nawilżona. Zmniejszone i wygładzone zostają także zmarszczki i bruzdy.

Zabieg mezoterapii igłowej wykonywany jest z zastosowaniem jednego z wybranych produktów lub mieszanki produktów:

- Neauvia,
- Cytocare

Zabieg odbywa się zawsze po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań do wykonania zabiegu. W rozmowie z Klientem określone zostają potrzeby i oczekiwania od wykonania zabiegu mezoterapii igłowej.

Zabieg wykonywany jest:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> na twarzy | <input type="checkbox"/> na szyi | <input type="checkbox"/> w okolicach dłoni |
| <input type="checkbox"/> w okolicach oczu | <input type="checkbox"/> na dekolcie | |

W pierwszej kolejności wykonujący zabieg odkazi skórę w miejscu, którym wykonywany jest

zabieg.

Kolejnym etapem jest znieczulenie, które minimalizuje dyskomfort podczas zabiegu. Próg bólu odczuwany jest indywidualnie. Do zabiegu wykorzystuje się znieczulenie w kremie Lido - Care zawierający w składzie 18% Lidokainy. Zastosowanie znieczulenia gwarantuje zminimalizowanie bólu, który w większości przypadków określany jest, jako niemal nie odczuwalny.

Następnie Specjalista wykonujący zabieg wprowadza preparat w ilości ... ml

Czas trwania zabiegu zależny jest od cech indywidualnych naskórka, ale średnio trwa ok 60 MIN

W celu uzyskania efektu utrzymującego się przez 6 MCY należy wykonać kolejny zabieg po 4 TYG od pierwszego zabiegu.

Zabieg mezoterapii igłowej nie przynosi efektów trwałych, zaleca się wykonywanie zabiegu przypominającego co 6 miesięcy.

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 w ciągu ostatniego roku był/a Pan/i poddawana chemioterapii lub radioterapii?	TAK NIE
Czy stosuje Pan/i terapię kortykosteroidami?	TAK NIE
Czy choruje Pan/i na nowotwór?	TAK NIE
Czy choruje Pan/i na HIV lub żółtaczkę?	TAK NIE
Czy choruje Pan/i na łuszczycę?	TAK NIE
Czy choruje Pan/i na epilepsję?	TAK NIE
Czy ma Pan/i stwierdzoną hemofilię?	TAK NIE
Czy ma Pan/i problem/trudności z gojeniem ran?	TAK NIE
Czy ma Pan/i alergię na preparaty stosowane do miejscowego znieczulenia?	TAK NIE
Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/i alkohol lub inne środki odurzające?	TAK NIE
Czy ma Pani/Pan uczulenie, nadwrażliwość na składnik Lidokainy?	TAK NIE
Czy ma Pani/Pan nadwrażliwość/uczulenie na preparat, który zostanie użyty do zabiegu?	TAK NIE

WZGLEDNE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Czy choruje Pan/i na cukrzycę?	TAK NIE
Czy choruje Pan/i na zaburzenie pracy serca?	TAK NIE
Czy ma Pan/i anemie?	TAK NIE
Czy ma Pan/i problemy z krążeniem?	TAK NIE
Czy choruje Pan/i na choroby autoimmunologiczne?	TAK NIE
Czy ma Pan/i zmiany skórne w obszarze poddawany zabiegowi (trądzik, stany ropne, alergiczne lub grzybicze zmiany w okolicach podlegających zabiegowi, naczylniaki, liszaje, brodawczaki, przerwania ciągłości naskórka, poparzenia słoneczne)	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 ma Pan/i aktywną opryszczkę? (ust/oka)	TAK NIE
Czy korzystał/a Pan/i z wypełniaczy skórnych - kwasu hialuronowego?	TAK NIE
Czy korzystał/a Pan/i z zastrzyków z botoksu?	TAK NIE
Czy korzystał/a Pan/i z zabiegów chirurgicznych w okolicy twarzy?	TAK NIE
Jeżeli tak, to z jakich?	TAK NIE
.....	
Czy posiada Pan/i choroby skóry (łojotokowe/atopowe zapalenie)	TAK NIE
Czy jest Pan/i w trakcie kuracji sterydowej?	TAK NIE
Czy jest Pan/i w trakcie stosowania antybiotykoterapii?	TAK NIE
Czy stosuje Pan/ i leki rozrzedzające krew? (aspiryna, paracetamol, witamina E, inne)	TAK NIE
Czy stosuje Pan/i leki do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem?	TAK NIE
Czy w okresie 4 tyg. przed zabiegiem miał/a Pan/i zabieg złuszczenia naskórka?	TAK NIE
Czy ma Pan/i podniesioną temperaturę ciała lub jest przeziębiona w dniu zabiegu?	TAK NIE
Czy posiada Pan/i zaburzenia funkcji tarczycy?	TAK NIE
Czy ma Pan/i skłonności do sińców lub krwawienia?	TAK NIE
Czy posiada Pan/i tatuaże?	TAK NIE
Czy posiada Pani makijaż permanentny?	TAK NIE

Inne schorzenia, proszę podać jakie

.....

Oświadczam, że przed zabiegiem została ze mną przeprowadzona rozmowa, w której Specjalista przeprowadzający 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 wystąpienie powikłań.

W przypadku podania nieprawidłowych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg.

.....

Data i czytelny podpis klienta

MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA REAKCJE PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU - CZĘSTE

Zostałem/am poinformowany/a o przebiegu zabiegu i możliwych do wywołania naturalnych reakcjach organizmu:

- miejscowym bólu w punktach wkłucia,
- rumień,
- obrzęk i szczypanie okolicy po zabiegowej utrzymujący się do tygodnia,
- zaczerwienienie i/ lub zasinienie okolicy po zabiegowej utrzymujące się do tygodnia,

- wylewy, krwiaki, siniaki okolicy po zabiegowej utrzymujące się do tygodnia,
- tkliwość tkanek objętych zabiegiem utrzymująca się do 4 dni
- swędzenia w okresie gojenia.

UWAGA! Zabieg mezoterapii igłowej przeprowadzany w trakcie menstruacji może być bardziej bolesny, ponieważ odczuwanie bólu w tym czasie jest zwykle zwiększone.

MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – RZADKIE

- nawrót infekcji opryszczki,
- zakażenia wirusowe,
- zakażenia bakteryjne,
- reakcje alergiczne.

ZALECENIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowana o konieczności stosowania się po przeprowadzonym zabiegu do przestrzegania następujących zaleceń:

- stosować preparat pozabiegowy KREMY NAWILZAJACE przez okres TYGODNIA
- miejsce poddane zabiegowi traktować ze szczególną ostrożnością,
- zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia,
- nie wykonywać makijażu w miejscach objętych zabiegiem przez minimum 36 godz.
- nie traktować środkami złuszczącymi miejsc poddanych zabiegowi przez min. 4 TYG
- nie masować miejsc poddanych zabiegowi,
- należy unikać silnej ekspozycji słonecznej przez 2 TYG i stosować kremy z wysokim filtrem UV,
- nie korzystać z solarium przez okres 2 TYG
- nie korzystać z sauny, basenu przez okres min. 2 TYG
- należy unikać długotrwałego przebywania na mrozie,
- należy unikać mechanicznego odrywania strupów,
- należy unikać spożywania alkoholu przez 2 dni po zabiegu,
- nie poddawać się zabiegom peelingu chemicznego i mechanicznego przez okres 3 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. W trakcie rozmowy ustalono, iż celem zabiegu jest

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 inne skutki uboczne.

.....
Data i czytelny podpis klienta

TREŚĆ ZGODY

Niniejszym oświadczam, że otrzymałem/am od Specjalisty wykonującego zabieg pełną informację na temat wskazań do przeprowadzenia zabiegu mezoterapii igłowej, technik jego wykonania oraz możliwych do uzyskania efektów.

Miałem/am możliwość zadawania pytań w trakcie rozmowy oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Udzieliłem/am możliwie jak najbardziej pełnych odpowiedzi na pytania związane z dotychczasowym stanem zdrowia. Ponadto otrzymałem/am instrukcje na temat postępowania i pielęgnacji miejsca zabiegu.

Poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu czynników, w tym od wieku, od biochemii, rodzaju skóry, miejsca zastosowania zabiegu, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu, 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.

Zostałem/am poinformowany/a, że po zakończeniu zabiegu może wystąpić opuchlizna i zaczerwienienie skóry, które ustąpi w ciągu 2 dni w zależności od prowadzonego trybu życia. W niektórych przypadkach mogą pojawić się sińce.

Zostałem/am poinformowany/a, że mogę powrócić do codziennych czynności niezwłocznie po zabiegu, jednakże, przez okres 2 DNI po zabiegu należy ograniczyć stosowanie kosmetyków.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, obszaru i techniki wykonania zabiegu i utrzymują się od 2 do 6 miesięcy. W celu satysfakcjonującego efektu zabiegu zalecane jest zastosowanie zabiegu 4 razy.

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

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z wykonaniem zabiegu mezoterapii igłowej i oświadczam, że 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 mezoterapii igłowej.

Dodatkowy komentarz osoby wykonującej zabieg:

znieczulenie:

technika:

uwagi:

Osoba wykonująca zabieg (data i czytelny podpis):