

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

#### **Dodatkowe informacje**

- Usta modelowane pierwszy raz
- Usta modelowane drugi raz, w tym samym gabinecie
- Usta modelowane drugi raz - pierwszy raz w innym gabinecie
- Usta modelowane więcej razy (kiedy, jaki preparat, ile razy)

.....  
 Usta po hialuronidazie

**Inne:**.....  
.....

## **FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGU MODELOWANIA UST KWASEM HIALURONOWYM**

### **INFORMACJA O ZABIEGU**

**Zabieg modelowania ust wykonywany jest przy użyciu kwasu hialuronowego. Jest zabiegiem inwazyjnym gdyż związany jest z przerwaniem ciągłości naskórka - wobec czego nie jest pozbawiony ryzyka.**

Zabieg polega na wstrzyknięciu (iniekcji) produkty za pomocą igły w miejsce poddane zabiegowi. Celem zabiegu jest powiększenie ust, nawilżenie ust, wyrównanie asymetrii, uniesienie kącików ust, stworzenie odpowiedniej proporcji między wargami, a także poprawa walorów estetycznych. Wprowadzony produkt jest przezroczystym, ulegającym biodegradacji żelem zawierającym kwas hialuronowy, pochodzenia niezwierzęcego.

Zabieg wykonywany jest przy użyciu produktów takich jak: Revolax Fine, Revolax Deep. Revolax Sub Q, Stylage, Restylane.

Zabieg odbywa się zawsze po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań do wykonania zabiegu. W rozmowie z Klientem zostają określone potrzeby i oczekiwania od wykonania zabiegu z użyciem kwasu hialuronowego. Specjalista wraz z Klientem dobierają odpowiednio ilość preparatu, który ma zostać podany w trakcie zabiegu.

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 zależny jest od miejsca aplikacji oraz cech indywidualnych naskórka, ale średnio trwa ok. 40 MIN Efekt końcowy widoczny jest po upływie 3 TYG od przeprowadzonego zabiegu.

Zabieg modelowania ust nie daje efektów trwałych, jego efekt utrzymuje się przez okres około 6-12 miesięcy i w celu chęci przez Klienta osiągnięcia efektów jakie były widoczne po zabiegu – zabieg po ww. czasie należy powtórzyć. Ponadto, efekt zabiegu utrzymuje się w zależności od rodzaju skóry,

wstrzykniętej ilości preparatu, oraz techniki iniekcji, ale także od jakości życia. Średni okres utrzymywania się efektu może być krótszy ze względu na silne unaczynienie. Efekt zabiegu w każdym przypadku utrzymuje się indywidualnie i uzależniony jest od kondycji organizmu Klienta. Specjalista nie gwarantuje spodziewanego efektu zabiegu. Specjalista informuje Klienta o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego Klienta.

Zabieg zostaje wykonany przy zastosowaniu produktu: ..... podanego w ilości .....ml.

Celem zabiegu jest .....

Zabieg zostaje wykonany metodą .....

---

**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.**

---

## **ALTERNAWTYNE METODY WYKONANIA ZABIEGU**

Do alternatywnych metod zabiegu modelowania ust z użyciem kwasu hialuronowego należy zaliczyć zabieg lipofillingu, który polega na przeszczepie tłuszczu z innej części ciała i zastosowania go jako wypełniacza. Ponadto alternatywną metodą jest także zabieg implantu warg polegający na wszczepieniu implantu wykonanego z miękkiej, giętkiej gumy silikonowej lub substancji biodegradowalnej.

## **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 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 choruje Pani/Pan na choroby immunologiczne (reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego,		

chorobę Crohna, zeszywniające zapalenie stawów etc.)	TAK	NIE
.....	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na bielactwo?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/ Pan na portfirie skórną?	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 jest Pani/Pan w trakcie leczenia izotretinoiną (Izotek, Roaccutane, Aknenormin)	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (np. ibuprofen)	TAK	NIE
Czy podczas zabiegu med. estetycznej miała Pani/Pan utratę świadomości?	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające tj. lidokainę ?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan alergię na preparat stosowany do zabiegu?	TAK	NIE
Czy leczy się Pani/Pan na choroby psychiczne lub przyjmuje leki antydepresyjne?	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?	TAK	NIE
Czy było u Pani/Pana wykonywane szczepienie na wzw?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan lęk na igły/krew	TAK	NIE

**CZASOWE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU**

Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia stomatologicznego?	TAK	NIE
Czy korzystała Pani/Pan z wypełniaczy skórnych - kwasu hialuronowego?	TAK	NIE
Jeżeli tak, to z jakich?		
.....		

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

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

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

**INNE.....**

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 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 to 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,
- krwiaki,
- zasinienie,
- rumień,
- swędzenie,
- ból,
- zgrubienie lub grudki.

#### MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – RZADKIE

- zakażenie wirusowe,
- powstanie blizn,
- reakcje alergiczne na wprowadzony preparat lub środek znieczulający,
- zakażenie bakteryjne,
- asymetria,
- przebarwienia w miejscu iniekcji,
- infekcja,
- aktywacja opryszczki,
- zapalenie skóry,
- pęcherzyki,
- stwardnienie,
- zgrubienia w miejscu iniekcji,
- migrowanie preparatu.

#### MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – BARDZO RZADKIE

- bliznowce,

- martwica,
- zaburzenia widzenia,
- zapalenie i obrzęk.

Na ryzyko powikłań po przeprowadzonym zabiegu mają wpływ stan ogólny Klienta oraz choroby współistniejące oraz choroby przebyte. Na ryzyko infekcji, szczególnie narażone są osoby tuż po przebytych infekcjach, nosiciele bakterii (nos, gardło, zęby próchnicze, infekcje dróg moczowych, ginekologiczne, skóry i paznokci).

### **ZALECENIE PRZED ZABIEGIEM**

- **nie przyjmować napojów z kofeiną na 6 godz. przed zabiegiem,**
- **nie palić papierosów w tym papierosów e na 2godz. przed zabiegiem**
- **nie zażywać leków przeciwbólowych na 1 dni przed zabiegiem,**
- **nie zażywać leków rozrzedzających krew na 1 tyg. przed planowanym zabiegiem,**
- 36 godz. przed zabiegiem ograniczyć spożywanie alkoholu ora innych środków odurzających.

### **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,
- powstrzymać się od aktywności fizycznej przez 1 tyg. od zabiegu,
- przez 2 tyg. unikać uciskania i masażu ust,
- po zabiegu należy unikać picia alkoholu i palenia papierosów przez około 1 dni,
- zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia,
- nie przemywać wodą, mydłem i środkami złuszczyjącymi miejsc poddanych zabiegowi przez min. 1 dni,
- unikać silnej ekspozycji słonecznej przez 2 tygodni i stosować kremy z wysokim filtrem UV,
- nie korzystać z solarium i zabiegów krioterapii przez okres 14 dni,
- nie korzystać z sauny, basenu przez okres min 2 tyg.,
- unikać mechanicznego odrywania strupów,
- unikać spożywania gorących napojów, potraw przez okres 3 dni,
- przyjmować płyny przez słomkę w pierwszych 1 dniach po zabiegu,
- nie używać pomadek, błyszczków przez okres gojenia się ust,
- zachować szczególną higieny jamy ustnej,
- nie poddawać się zabiegom peelingu chemicznego i mechanicznego przez okres 2 tygodni od zabiegu,
- nie dopuścić do kontaktu strefy poddanej zabiegowi ze zwierzętami domowymi,
- należy zmienić ręcznik do twarzy oraz poszewkę na poduszce,
- 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 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 inne skutki uboczne.

.....  
Data i czytelny podpis Klienta

## **TREŚĆ ZGODY**

Niniejszym oświadczam, że otrzymałam/em od Specjalisty wykonującego zabieg pełną informację na temat wskazań do przeprowadzenia zabiegu powiększenia/modelowania ust, technik jego wykonania 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.

Jestem świadoma/y, że efekt końcowy jest zależny od wielu różnych czynników i nie w każdym przypadku może być przewidywalny.

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 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 i krwiaki.

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.

**Oświadczam, że nie występują u mnie żadne upośledzenia psychiczne, fizyczne lub medyczne o których mi wiadomo, a które mogłyby wpłynąć pośrednio lub bezpośrednio na wynik mojej decyzji o przeprowadzeniu zabiegu w tej chwili. Nie jestem pod wpływem alkoholu i narkotyków.**

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, obszaru i techniki wykonania zabiegu i utrzymują się do 6-12 miesięcy. Decyzja o poddaniu się zabiegowi modelowania ust jest świadoma i przemyślana.

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

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z wykonaniem zabiegu modelowania ust 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.

OCZEKUJĘ EFEKTU ..... NAPISZ – NATURALNY LUB BARDZO WYRAZISTY

JESTEM ŚWIADOMA PRACY Z TKANKĄ I ŻE UZYSKANY EFEKT MOŻE LEKKO ODBIEGAĆ OD OCZEKIWAŃ ZE WZGLĘDOW ANATOMICZNYCH ORAZ METABOLICZNYCH ORGANIZMU CO MOŻE SKUTKOWAĆ SZYBSZYM ROZKŁADEM PRODUKTU W TKANCE

OPUCHLIWIZNA POZABIEGOWA SINIKAI I KRWIAKI SĄ NATURALNYM SKUTKIEM UBOCZNYM I LICZĘ SIĘ Z NIMI W OKRESIE NAWET DO 2 TYG

.....  
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 modelowania ust.

Dodatkowy komentarz osoby wykonującej zabieg:.....

.....

.....

Osoba wykonująca zabieg (data i czytelny podpis): .....