

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU Z UŻYCIEM LASERA FRAKCYJNEGO PERFECTUS II 40 W

Data.....

Lekarz wykonujący zabieg.....

DANE OSOBOWE PACJENTA:

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL

Adres.....

Telefon.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym).

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

lateks, lidokaina, maści, inne? Jeśli tak to na co:.....

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK NIE obrzęki TAK NIE

pokrzywka TAK NIE swędzenie TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby nowotworowe TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) TAK NIE

zaburzenia metaboliczne (cukrzyca) TAK NIE

zaburzenia hormonalne TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby skóry TAK NIE

opryszczka TAK NIE

choroby zakaźne

żółtaczką zakaźną A	TAK	NIE	AIDS/ HIV	TAK	NIE
żółtaczką zakaźną B	TAK	NIE	gruźlica	TAK	NIE
żółtaczką zakaźną C	TAK	NIE	ch. weneryczne	TAK	NIE

inne dolegliwości jakie?

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)? TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku.....

Czy przyjmuje Pan(i) aspirynę lub leki przeciwzakrzepowe? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE

Czy często się Pan(i) opala? TAK NIE

Data ostatniej ekspozycji na słońce/ solarium.....

Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? TAK NIE

Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK NIE

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

MOŻLIWE EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH PRZY UŻYCIU LASERA FRAKCYJNEGO PERFECTUS II 40W

CZĘSTE EFEKTY UBOCZNE:

- zaczerwienienie występuje od razu po zabiegu i zwykle ustępuje w ciągu siedmiu dni
- opuchlizna występuje od razu po zabiegu i zwykle ustępuje w ciągu 24-48 godzin
- suchość skóry swędzenie

RZADKIE EFEKTY UBOCZNE:

- przebarwienia- powikłanie występujące najczęściej. Im mocniejszy zabieg (intensywniejsze parametry lasera) tym ryzyko przebarwień większe. Duża część przebarwień powinna sama zniknąć po jakimś czasie od zabiegu.
- Infekcje- jak np. opryszczka wirusowa- u nosiciela wirusa może pokazać się w miejscu gdzie zabieg został wykonany, sam przebieg infekcji jest nieco inny. Pojawia się zazwyczaj po 3 dobach od zabiegu, goi się szybko i nie zostawia blizn.
- Nadkażenie bakteryjne- dochodzi do niego bardzo rzadko i w dużej mierze jest to związane z nieprzestrzeganiem zaleceń poza biegowych.
- Blizny przerostowe lub zanikowe- osoby mające skłonność do powstawania blizn lub mające trudności z gojeniem powinny unikać zabiegów laserem CO2.

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU, ZALECENIA

Zaraz po zabiegu, w zależności od zaleceń lekarza, stosować można kremy lub maści przyspieszające gojenie (tylko te zalecane do stosowania po zabiegach laserowych). Bezwzględnie przez okres 4 tygodnie należy unikać ekspozycji miejsca zabiegu na promieniowanie słoneczne. Wychodząc z domu należy stosować filtr 50 (wg zaleceń producenta- kilka razy dziennie). Obszar zabiegowy myć wodą termalną/ przegotowaną z dodatkiem mydła hipoalergicznego. Nie stosować toników, mleczka, lub innych mogących powodować podrażnienia kosmetyków do momentu wstępnego wygojenia skóry. Nie stosować kremów z retinolem i substancjami pochodnymi. Miejsce zabiegu wycierać ręcznikiem papierowym poprzez przykładanie a nie pocieranie. W miejscu zabiegu odzież powinna być luźna, tak by nie powodować dodatkowych otarć. Unikać kontaktu ze zwierzętami, zwłaszcza w obszarze zabiegowym, by nie doprowadzić do zakażenia bakteryjnego. Wymieniać codziennie poszewki pościeli. Nie stosować leków czy ziół światło-uwrażliwiających po zabiegu. Nie spożywać alkoholu do 72 godzin po zabiegu. Niewskazane jest również korzystanie w pierwszych dniach po zabiegu z ogólnodostępnych basenów, sauny, jacuzzi czy siłowni.

Data.....

Podpis.....

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu z użyciem lasera frakcyjnego PERFECTUS II 40 W.
2. Zostałam(em) wyczerpująco poinformowana(y) o:
 - (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu;
 - (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu;
 - (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu;
 - (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu;
 - (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu;
 - (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałam(em) poinformowana(y), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: liczby zabiegów, od stopnia nieregularności skóry, wieku pacjenta, schorzeń skórnych, palenia papierosów, historii chorobowej, pielęgnacji skóry oraz przyjmowanych leków.
4. Zostałam(em) poinformowana(y), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem.
6. Miałam(em) możliwość zadawania pytań i uzyskałam(em) na nie odpowiedzi.
7. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
8. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałam(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.

Jestem świadoma(y), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałam uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam że, zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu.

.....

Data i podpis pacjenta.....