



HARMONY CLINIC

M E D Y C Y N A
E S T E T Y C Z N A

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PREPARATEM KWASU HIALURONOWEGO

Imię i nazwisko
Telefon komórkowy
Adres e-mail
Data urodzenia

Preparat kwasu hialuronowego użyty w celu:

- | | |
|--|---|
| wypełnienia zmarszczek na czole <input type="checkbox"/> | wypełnienia zmarszczek pomiędzy brwiami <input type="checkbox"/> |
| wypełnienia zmarszczek typu „kurze łapki” <input type="checkbox"/> | wypełnienia zmarszczek dookoła ust <input type="checkbox"/> |
| wypełnienia fałdów nosowo-wargowych <input type="checkbox"/> | wypełnienia kącików ust <input type="checkbox"/> |
| wypełnienia zmarszczek na policzkach <input type="checkbox"/> | dodania objętości policzkom i modelowania kości policzkowych <input type="checkbox"/> |
| podkreślenia konturu ust <input type="checkbox"/> | wypełnienia głębokich fałd nosowo-wargowych <input type="checkbox"/> |
| dodania objętości ustom <input type="checkbox"/> | podkreślenie konturu ust i zwiększenie objętości ust <input type="checkbox"/> |
| wypełnienia tzw. linii marionetek <input type="checkbox"/> | przywrócenia objętości policzków <input type="checkbox"/> |
| korekcji zmarszczek na policzkach <input type="checkbox"/> | zwiększenia objętości podbródka <input type="checkbox"/> |

Inne
.....
.....

Lekarz podał właściwą i zalecaną dawkę kwasu hialuronowego do wyżej zakreślonego zabiegu w ilości ml kwasu hialuronowego.

miejsce
na naklejkę

Użycie, wskazania, przeciwwskazania oraz możliwe działania niepożądane zostały mi wytłumaczone.

Odpowiedziałam szczerze na wszystkie postawione mi pytania dotyczące mojej medycznej i estetycznej historii.

Miałam okazję zadać nurtujące mnie pytania i otrzymałem satysfakcjonującą odpowiedź na wszystkie z nich.

Dokładnie rozumiałam, że:

- produkty te są przezroczystym, ulegającym biodegradacji żelem kwasu hialuronowego pochodzenia niezwierzęcego;
- produkty te są wstrzykiwane w celu korekcji zmarszczek lub poprawy nawilżenia i elastyczności skóry;
- efekt korekcji utrzymuje się średnio 7-12 miesięcy. Efekt utrzymywania się zależy od rodzaju skóry, miejsca iniekcji, wstrzykniętej ilości preparatu oraz techniki iniekcji, ale także od jakości mojego życia.
- Średni okres utrzymywania się może być krótszy w ustach ze względu na silne unaczynienie.
- Kolejny zabieg retuszujący wykonany kilka tygodni po pierwszym zabiegu pomaga wydłużyć trwałość efektu i poprawia rezultaty. Zabieg dopełnienia na wizycie kontrolnej nie jest wliczony w cenę zabiegu i jest odpłatny według cennika lub ustalonej ceny z pacjentem.

Dobrze rozumiałam, że po iniekcji preparatem kwasu hialuronowego mogą wystąpić:

- zaczerwienienie, obrzęk, rumień, szczypanie lub ból przy dotyku (do tygodnia po zabiegu).
- W miejscu podania preparatu może powstać zgrubienie lub grudki, zaburzenie czucia
- Zgłaszano bardzo rzadkie przypadki wystąpienia przebarwienia w miejscu iniekcji.
- Zostałam także poinformowany, że w literaturze opisano bardzo rzadkie przypadki wystąpienia **martwicy, ropnia, ziarninaków lub nadwrażliwości** po iniekcji kwasu hialuronowego.
- Utrzymywanie się reakcji zapalnych przez okres dłuższy niż tydzień lub wystąpienie jakichkolwiek innych efektów niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić w klinice w celu podjęcia właściwego leczenia. We wszystkich przypadkach takie efekty uboczne mogą wymagać leczenia trwającego nawet kilka miesięcy.

Przeciwwskazania istnieją ze względu na typ zabiegu, a nie wykorzystany produkt. Z tego powodu ważne jest poinformowanie lekarza o przebytych chorobach i schorzeniach takich jak:

- choroby immunologiczne (ŁUSZCZYCA, EGZEMA, reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zespół Cohna, choroba Gravesa-Basedowa, zeszywniające zapalenia stawów, etc.) : NIE CHORUJĘ
- leczenie immunoterapeutyczne : NIE STOSUJĘ
- zapalenie lub zakażenie skóry (trądzik, opryszczka, zapalenie skóry etc.) : NIE CHORUJĘ
- epilepsja : NIE CHORUJĘ
- porfiria skórna : NIE CHORUJĘ
- bielactwo/łuszczycyca : NIE CHORUJĘ
- alergie na składniki preparatu; uczulenie na kwas hialuronowy : NIE MAM / lignocainę NIE MAM / soja NIE MAM
- podatność na przerost blizn : NIE CHORUJĘ
- choroba nowotworowa i związane z nią leczenie chemioterapią lub/i radioterapią, leczenie operacyjne : NIE CHORUJĘ
- aktualnie przyjmowane leki: obniżających krzepliwość krwi np. aspiryna, leki doustne przeciwzakrzepowe : NIE STOSUJĘ



HARMONY CLINIC

M E D Y C Y N A
E S T E T Y C Z N A

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PREPARATEM KWASU HIALURONOWEGO

Imię i nazwisko

Telefon komórkowy

Dokładnie zrozumiałam **zalecenia po iniekcji i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

- Przez 5 dni po zabiegu należy zrezygnować z sauny, basenu, solarium, opalania, komór zimna lub ciepła i innych miejsc, gdzie są duże wahania temperatury oraz występuje zwiększone ryzyko zainfekowania miejsc wklucia.
- w pierwszych godzinach po zabiegu można stosować zimny okład celem zmniejszenia obrzęku.
- unikać picia alkoholu i palenia papierosów (najlepiej do końca życia)
- unikać wzmożonego wysiłku fizycznego – przez około 7 dni
- unikać ucisku okolicy poddanej zabiegowi (np. spania w pozycji na brzuchu, namiętnego całowania, picia przez słomkę)
- w przypadku wycucia grudki preparatu w pierwszych dniach - konieczność masowania okolicy
- w przypadku częstego występowania opryszczki należy przyjmować preparat np. Heviran w dawce 100mg x2 dziennie przez 5 dni.
- w przypadku pojawienia się siniaka należy stosować żel z arniką oraz przyjmować preparaty uszczelniające naczynia krwionośne.
- w przypadku pojawienia się innych dolegliwości zobowiązuje skontaktować się z osobą wykonującą zabieg
- zgłoszenie na wizytę kontrolną po 2 tygodniach od wykonania zabiegu.

Ja niżej podpisana(y) wyrażam zgodę na opisany zabieg. Sposób jego wykonania, przeciwwskazania, rokowania jak i postępowanie po zabiegu zostały mi dokładnie przedstawione i wyjaśnione. Rozumiem, iż efekt końcowy zależy od wielu czynników i nie zawsze może być przewidywalny. Zrozumiałam(em), iż w przypadku braku oczekiwanego przeze mnie efektu pieniądze nie będą mi zwrócone.

Potwierdzam prawdziwość podanych informacji w Karcie Pacjenta.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i w bazie danych.

Wyrażam zgodę na zabieg preparatem kwasu hialuronowego.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
podpis i pieczętka lekarza

HARMONY CLINIC

M E D Y C Y N A E S T E T Y C Z N A

Medical Clinic
Praktyka Lekarska