

OŚWIADCZENIE

Zgoda Pacjenta na wykonanie zabiegu
produktem Pluryal® Biosculpture

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

HISTORIA MEDYCZNA

Środki ostrożności

	TAK	NIE
Czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy karmisz piersią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ostatnio byłeś/eś leczony innym produktem do wstrzykiwania (skinbooster, stymulator kolagenu, wypełniacz skórny)? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek byłeś/eś leczony implantem stałym? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 6 tygodni poddałeś/eś się zabiegowi peelingu lub laserowego peelingu skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpisz na opryszczkę twarzy? Jeśli wcześniej cierpiełeś/eś na opryszczkę na twarzy, istnieje ryzyko, że nakłucie igłą może przyczynić się do kolejnego nawrotu. Porozmawiaj ze swoim lekarzem o lekach, które mogą zminimalizować nawrót.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy masz jakieś aktywne schorzenia skóry (trądzik, łuszczyca)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy masz lub kiedykolwiek miałeś/eś jakąkolwiek formę nowotworu skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy wcześniej doświadczyłeś/eś nadwrażliwości na produkty Pluryal®? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek doświadczyłeś/eś nadwrażliwości na lidokainę (znieczulenie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jesteś uczulona/y na ryby lub jakiegokolwiek ekstrakty rybne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś/eś leczona/y Roaccutane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpisz na jakiegokolwiek znane alergie? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przebyłeś/eś wstrząs anafilaktyczny (ciężkie reakcje alergiczne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy bierzesz aspirynę, sterydy lub antykoagulanty? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy obecnie przyjmujesz inne leki? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpisz na którykolwiek z następujących schorzeń: dusznicę bolesną, padaczkę, cukrzycę, HIV, zapalenie wątroby, zaburzenia krążenia, infekcje, choroby autoimmunologiczne oraz depresję? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy niedawno przeszedłeś/przeszedłaś operację? Jeśli tak, proszę określić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy niedawno przeszedłeś/przeszedłaś zabieg stomatologiczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpisz na niskie ciśnienie krwi lub miewasz omdlenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ostatnio byłeś narażony na działanie słońca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przeciwwskazania

1. Nadwrażliwość na którykolwiek składnik produktu.
2. Stwierdzona nadwrażliwość na keloidy.
3. Trwające infekcje, zapalenia skóry lub stany zapalne.
4. Zaburzenia układu odpornościowego.
5. Przewlekłe patologiczne choroby skóry.
6. Problemy z krzepnięciem lub trwające leczenie przeciwzakrzepowe.
7. Nie stosować w miejscach, w których znajdują się implanty piersi, ścięgien, kości lub mięśni.
8. Ciąża i laktacja

Zapoznałam/em się z możliwością wystąpienia niepożądanych powikłań po przeprowadzeniu zabiegu

- Krwawienie w trakcie i po wstrzyknięciu, obrzęk, rumień bez obrzęku, który ustępuje w ciągu tygodnia.
- Stwardnienie lub guzki w punkcie wstrzyknięcia
- Zabarwienie lub odbarwienie skóry w miejscu wstrzyknięcia
- Mechaniczne działanie igły może powodować niewielkie wysięki krwi.
- Opuchlizna w miejscu nacieku zwykle goi się w ciągu kilku godzin, choć może to potrwać dłużej, w zależności od subiektywnych cech pacjenta, leczonego obszaru oraz techniki nasączenia. Opuchlizny mogą być widoczne przez kilka dni.
- Reakcja zapalna (zaczerwienienie, obrzęk, ból, swędzenie, uczucie gorąca), zasinienie, krwiaki i tkliwość w miejscu leczenia. Reakcje te mogą rozpocząć się wkrótce po wstrzyknięciu lub po dwóch do sześciu tygodniach. W przypadku niewyjaśnionej reakcji zapalnej należy wykluczyć obecność infekcji lub odpowiednio je leczyć, gdyż nieumiejętne postępowanie z nimi może spowodować powikłania.
- Każdy efekt uboczny, który utrzymuje się dłużej niż tydzień, powinien być zgłoszony lekarzowi, który może je usunąć odpowiednim leczeniem.

Zostałam/em poinformowany o zaleceniach w postępowaniu po zabiegu:

Po leczeniu produktami Pluryal® możesz odczuwać zaczerwienienie, obrzęk, jędrność, siniaki, swędzenie, ból, grudkowaty wygląd. Zwykle trwa to krócej niż siedem dni. Zapoznaj się z poniższymi zaleceniami, aby uniknąć nietypowych reakcji aby jak najlepiej wykorzystać produkt.

Zalecenia po zabiegu:

- Unikaj nakładania makijażu przez 12-24 godziny.
- Unikaj dotykania leczonego obszaru w ciągu 6 godzin po zabiegu, (następnie leczony obszar można delikatnie umyć).
- Unikaj masowania miejsca zabiegu przez kilka dni (aby uniknąć ewentualnego ryzyka przemieszczania się produktu).
- Unikaj ćwiczeń, forsownej aktywności, alkoholu i palenia przez 24 godziny.
- Unikaj długotrwałej ekspozycji na słońce, nadmiernego ciepła lub mrozu przez okres do 2 tygodni.
- Nie używaj kwasów AHA, retinolu, witaminy C, depilacji IPL, peelingów chemicznych oraz mikrodermabrazji przez okres 2 tygodni.
- Spożywaj co najmniej 2 litry wody dziennie przez pierwsze 3 dni po zabiegu, aby uzyskać jak największe nawilżenie skóry.

Zalecenia przed kolejnym zabiegiem:

Na tydzień przed kolejną kuracją unikaj przyjmowania dużych dawek suplementów witaminy E, aspiryny i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Środki te mogą nasilać powstawanie siniaków i krwawień w miejscu wstrzyknięcia.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu produktem Pluryal® Biosculpture

Data i miejsce

Czytelny podpis Pacjenta

Oświadczam, że poinformowałam/em pacjenta o proponowanym sposobie leczenia, przeciwwskazaniach, a także możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić po lub w trakcie zabiegu zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną.

Data i miejsce

Podpis i pieczęć lekarza