

OŚWIADCZENIE

Zgoda Pacjenta na wykonanie zabiegu produktami:
Pluryal® Silk / Pluryal® Hair Density / Pluryal® Densify

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 cierpiałeś/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 lub alergia na produkty pochodzące z ryb.
2. Choroby autoimmunologiczne.
3. Trwające infekcje, zapalenia skóry lub stany zapalne.
4. Ciąża oraz laktacja.
5. Pacjenci poniżej osiemnastego roku życia.

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.
- Mechaniczne działanie igły może powodować niewielkie wysięki krwi.
- Opuchlizna w miejscu nakłucia zwykle goi się w ciągu kilku godzin, choć może to potrwać dłużej, w zależności od subiektywnych cech pacjenta, leczonego obszaru oraz techniki podania. Opuchlizny mogą być widoczne przez kilka dni.
- Reakcja zapalna (zaczerwienienie, obrzęk, ból, swędzenie), zasinienie, krwiaki i tkliwość w miejscu leczenia. Reakcje te mogą rozpocząć się wkrótce po wstrzyknięciu lub po dwóch do sześciu tygodniach.
- 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 przemieszczenia 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 produktami Pluryal® Silk / Pluryal® Hair Density / Pluryal® Densify

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 pieczętka lekarza