

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ZABIEGU Z UŻYCIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO (PRP)

Data, miejscowość

Dane Kliniki/Gabinetu

Niniejsza zgoda ma na celu przygotowanie Pani/Pana do przeprowadzenia zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego (PRP), zwiększenia jego efektywności oraz zminimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań pozabiegowych, które mogą mieć miejsce. Jest ona częścią dokumentacji, która zawiera:

- ankietę dotyczącą stanu zdrowia,
- informację o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zabiegu,
- możliwe powikłania,
- informację o efektach zabiegu,
- zalecenia przed i po zabiegu.

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego. Zapoznałam(-em) się ze wszystkimi wyżej wymienionymi podpunktami, miałam(-em) możliwość zadawania pytań, a wszelkie moje wątpliwości zostały omówione i wyjaśnione. Przekazano mi w sposób przystępny informacje na temat wskazań, przeciwwskazań do wykonania zabiegu oraz jego możliwych powikłań.

Ankietę dotyczącą stanu mojego zdrowia wypełniłam(-em) w sposób rzetelny i zgodnie z prawdą. Przekazano mi zalecenia przed- i pozabiegowe, do których będę się stosowała(-a).

Zdaję sobie sprawę, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność pomiędzy rezultatem, a moimi oczekiwaniami, co wynika z okoliczności niemożliwych do przewidzenia przed rozpoczęciem zabiegu. Ilość zabiegów oraz ich efekt jest kwestią indywidualną dla każdej osoby i zależy od wielu czynników. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów, natychmiast skontaktuję się z gabinetem lub osobą wykonującą zabieg.

Podczas wykonania tego zabiegu zachodzi potrzeba pobrania krwi z żyły pacjenta. Użyty do tego sprzęt jest jednorazowy, sterylny i certyfikowany. Podanie osocza następuje techniką mezoterapii. Takie działanie spowoduje stymulację tworzenia nowego kolagenu, elastyny, kwasu hialuronowego.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (LITERY DRUKOWANE) _____

TELEFON KONTAKTOWY _____

DATA I MIEJSCE _____

CZYTELNY PODPIS _____



ESTETIK

WSKAZANIA DO ZABIEGU Z UŻYCIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO (PRP):

- utrata gęstości, jędrności oraz jakości skóry,
- przebarwienia, pogroszenie tekstury skóry, rozstępy,
- drobne zmarszczki i blizny,
- przygotowanie skóry do innych zabiegów (RF, laser),
- uszkodzona, odwodniona skóra,
- skóra po zabiegach laserowych (przyspieszenie gojenia).

PRZECIWSKAZANIA DO ZABIEGU Z UŻYCIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO:

- antybiotykoterapia,
- terapia retinoidami (zaleca się 6-cio miesięczny odstęp),
- choroby krwi lub przenoszące się poprzez kontakt z krwią: HIV, HPV,
- ciąża i okres laktacji,
- infekcje w obrębie miejsca iniekcji, czynna opryszczka, uszkodzenia skóry, trądzik ropny, łuszczyca, bielactwo,
- przewlekłe choroby autoimmunologiczne (reumatoidalne zapalenie stawów) i sercowo-naczyniowe,
- leki i suplementy zmniejszające krzepliwość krwi lub fotouczulające: dziurawiec, żeń-szeń, miłorząb (ginko biloba), witamina E, aspiryna, xarelto, pradaxa, leki przeciwgrzybicze, moczopędne, antydepresanty,
- choroba nowotworowa,
- niewyrównane choroby przewlekłe typu cukrzyca,
- nieleczone choroby psychiczne.

RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM I MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:

- Nie ma działań ubocznych.
- Ryzyko może wynikać z niewłaściwego podania osocza, niezachowania sterylności lub zastosowania niecertyfikowanego zestawu (może wystąpić infekcja, zakażenie, drobne siniaki, zaczerwienienie, grudki, bąbelki, lekki obrzęk i szczypanie, śędzenie, tkliwość).

WSZYSTKIE WYŻEJ WYMIENIONE OBJAWY, UTRZYMUJĄCE SIĘ DŁUŻEJ NIŻ 7 DNI POWINNY ZOSTAĆ SKONSULTOWANE Z OSOBĄ WYKONUJĄCĄ ZABIEG.

EFEKTY ZABIEGU:

Rozumiem, że efekty zabiegu mogą nie być natychmiastowe, i że potrzeba czasu aby były w pełni widoczne. Wynika to z mechanizmu działania substancji aktywnych, specyfiki i metabolizmu skóry oraz dostosowania się do zaleceń pozabiegowych.

ZALECENIA PRZED WYKONANIEM ZABIEGU Z UŻYCIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO:

- Dostosowanie swoich planów i trybu życia do wykonywanego zabiegu (patrz: zalecenia po zabiegu),
- Dostosowanie pielęgnacji skóry (unikanie agresywnych peelingów, niektórych zabiegów medycyny estetycznej typu toksyna botulinowa, wypełniacze),
- Sprawdzenie wszystkich leków i suplementów, które są stosowane, w razie wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem, farmaceutą, osobą wykonującą zabieg (chodzi głównie o leki przeciwzakrzepowe, przeciwzapalne, na przeziębienie, poprawiające ukrwienie, leki na nadciśnienie, suplementy z dziurawcem i miłorzębem, witaminę E, antybiotyki, retinoidy i inne),
- Nie należy spożywać alkoholu co najmniej przez 24h przed zabiegiem.

ZALECENIA PO WYKONANIU ZABIEGU Z UŻYCIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO:

- Bezwzględne stosowanie kremów z SPF 50 i unikanie bezpośredniej ekspozycji na słońce.
- Zaleca się rezygnację z: sauny, kriokomory, basenu, solarium przez 7 dni.
- Należy unikać intensywnego wysiłku fizycznego przez ok. 72h.
- Bezwzględna rezygnacja ze spożywania alkoholu przez 7 dni.
- Przez co najmniej 12 godzin nie należy nakładać makijażu.
- Należy zachować wysoką higienę rąk oraz twarzy (zmieniać często poszewkę na poduszkę, nie przykładать telefonu bezpośrednio do twarzy).
- Nie należy rozgrzewać skóry w miejscu iniekcji, drażnić jej, masować.
- Przez 4 tygodnie po zabiegu należy unikać wykonywania peelingów chemicznych i mechanicznych.

PIELĘGNACJA I KOSMETYKI ZALECANE PO ZABIEGU:

UWAGI DOTYCZĄCE ZABIEGU:

DATA I PODPIS OSOBY WYKONUJĄCEJ ZABIEG: _____

Najpopularniejsze leki lub suplementy wymagające wcześniejszej konsultacji (lista nie wyczerpuje wszystkich dostępnych preparatów, w razie jakichkolwiek wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą): Acard, Polocard, Fraxiparine, Neoparin, Clexane, Xarelto, Pradaxa, Aspirin, Polopiryna, leki złożone na przeziębienie i grypę, Warfin, Acenokumarol, Clopidogrel, Areplex, Apo-Clodin, Aclotin, Brilique, Cilozek, Eliquis, Plavix, Vessel Due, Czosnek, Witamina E, miłorząb-Ginko, Neomycyna, Gentamycyna, Streptomycyna, Lioton 1000, Heparin Hasco, Cyklosporyna, Takrolimus, Imuran, Azathioprine, Mofetil, Triderm, Pimafucort, Novate, Bedicort, Maxicortan, Metypred, Encorton.