

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU URZĄDZENIEM Lipo Life

Data.....

Wykonujący

zabieg.....

Rodzaj zabiegu.....

Parametry

zabiegu.....

Urządzenie

.....

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 serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK NIE

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

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

zaburzenia hormonalne TAK NIE

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

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) 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

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne TAK NIE

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

choroba reumatyczna TAK NIE

osteoporoza TAK NIE

choroby skóry TAK NIE

opryszczka TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Jeśli nie, to jakie są objawy:

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

.....

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

.....

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) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) 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:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

.....

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

Rozumiem, że:

1. Efekty zabiegu mogą być widoczne dopiero po ok. 1-2 miesiącach. Nie ma gwarancji na osiągnięcie oczekiwanych rezultatów. Rozumiem, że rezultaty mogą być różne w zależności od pacjenta.

2. Muszę ściśle przestrzegać zaleceń postępowania po zabiegu oraz wszelkich innych zaleceń, mających ograniczyć możliwość wystąpienia efektów ubocznych.

3. Określone ryzyko związane z zaproponowaną mi procedurą obejmuje:

a) efekty uboczne, obejmujące czasowe zasinienie, ból i wrażliwość utrzymujące się kilka dni lub dłużej (nawet do 2 tygodni).

b) Po zabiegu lipofillingu może wystąpić obrzęk. W niektórych przypadkach może utrzymywać się przez kilka tygodni lub nawet miesięcy.

c) Zostałam/em poinformowana/ny, że część przeszczepionej tkanki tłuszczowej wchłonie się.

d) Po zabiegu może wystąpić nieregularność konturów (wybrzuszenia, ubytki, nierówności, twarde miejsca). Powinny ustąpić z czasem, jednak mogą być trwałe.

e) Mogą pojawić się trwałe blizny z nagromadzeniem pigmentu (ciemne do czarnych) w miejscach nacięć. Możliwe jest bliznowacenie, tworzenie się blizn - zmian koloidowych. Mogą wystąpić problemy z gojeniem tych miejsc, ale nie jest to częste.

f) Możliwe są rzadko opisywane poważne komplikacje ogólne, prowadzące nawet ciężkiego kalectwa lub śmierci takie jak: zakrzepy, wstrząs po zabiegowy, problemy z oddychaniem i uczucie szybkiego bicia serca, urazy organów wewnętrznych, nerwów, naczyń krwionośnych czy mięśni, reakcje alergiczne na leki lub materiały używane do zabiegu lub inne powikłania po środkach znieczulających.

g) Możliwe są poważne, rzadko opisywane komplikacje w miejscu wykonania zabiegu: krwawienie, infekcje, problemy z gojeniem, gromadzenie się płynu surowiczego, krwiaki.

- h) Ponadto mogą wystąpić parestezje w leczonym miejscu w formie utraty czucia lub zwiększonej jego wrażliwości i bólu. Stan ten może utrzymywać się przez kilka tygodni lub miesięcy, może również okazać się trwały.
- i) Istnieje ryzyko niesatysfakcjonującego wyglądu lub niepowodzenia w osiągnięciu pożądanых rezultatów zabiegu.

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1. Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie na moim ciele zabiegu pobrania tkanki tłuszczowej w celu wykonania zabiegu lipofilingu, czyli przeszczepienia w inną okolicę ciała własnej tkanki tłuszczowej. Zabieg ma w zamierzeniu poprawić wygląd wybranej partii ciała. Biorę pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyka związane z zabiegiem.
Wyrażam zgodę na zastosowanie w trakcie zabiegu znieczulenia.
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) 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. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: postępowania pozabiegowego, jakości tkanki tłuszczowej, indywidualnych predyspozycji
4. Zostałem (am) poinformowany (a), 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. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem 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.....

Data i podpis wykonującego zabieg