

Formularz Świadomej Zgody Pacjenta na zabieg nićmi Aptos

Imię:

Nazwisko

Pesel:

Adres

telefon

mail

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu medycyny estetycznej mającego na celu korekcję defektu mojego wyglądu za pomocą nici Aptos.
Zostałem poinformowany, że nici Aptos są wyrobem medycznym, posiadającym Certyfikat CE

Niniejszy dokument zawiera niezbędne dla mnie informacje, dające możliwość zapoznania się ze specyfiką sugerowanego zabiegu Aptos i wyrażenia zgody lub odmowy przeprowadzenia go w warunkach ambulatoryjnych.

Zostałem poinformowany w formie ustnej oraz pisemnej (zał nr 1 do niniejszego formularza) o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zabiegu nićmi Aptos.

Zostałem poinformowany, że zabieg odbywa się w znieczuleniu miejscowym wprowadzanym podskórnym przy użyciu igły lub kaniuli.

Zostałem poinformowany o zaletach oraz powikłaniach związanych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego, które mogą objawić się różnymi alergicznymi reakcjami (wstrząs anafilaktyczny, obrzęk Quinckego, omdlenie, utrata przytomności) oraz krwinkami w miejscu wkłucia.

Zostałem poinformowany o mogących wystąpić dolegliwościach bólowych towarzyszących znieczuleniu pola zabiegowego oraz dolegliwościach bólowych w trakcie zabiegu implantacji nici.

Zostałem poinformowany o obrzęku który jest nieunikniony po zabiegu, zwłaszcza w trzecim dniu po zabiegu.

Zostałem poinformowany o średnim czasie utrzymywania się efektów pozabiegowych

- 1,5 – 2 lata w przypadku nici wchłaniających
- 1,5-3 lat nici stałe z wypustkami
- 5-7 lat nici stałe gładkie mocowane do tkanek za pomocą szwu chirurgicznego

Czas utrzymywania się efektów zabiegowych jest indywidualny dla każdego pacjenta i może ulec zmianom zależnym np. od kondycji i jakości skóry, postępowania pozabiegowego (użytki , UV), zmian wagi ciała, wpływu występujących dodatkowo schorzeń.

Jestem przygotowany na to, że

a) obrzęk może utrzymywać się w ciągu 2 tygodni, asymetria twarzy, siniaki mogą być widoczne w okresie dłuższym niż 2 tygodnie. Nawracający obrzęk może pojawiać się w porze porannej, lekka asymetria twarzy może występować w czasie powyżej 2 miesięcy od zabiegu;

b) dolegliwości bólowe mogą utrzymywać się szczególnie w pierwszych dniach (w miejscach wkłucia i w miejscu implantacji nici)

W pełni poinformowany o przeciwwskazaniach do zabiegu niniejszym oświadczam, że nie cierpię na wymienione poniżej choroby i schorzenia:

- choroba autoimmunologiczna
- ciężka choroba fizyczna
- kolagenoza
- zaburzenia krzepnięcia krwi
- choroba niedokrwienna serca
- nadciśnienie II i III stopnia
- hemofilia
- zaburzenia psychiczne i neurotyczne
- nowotwory
- choroby zakaźne
- stany zapalne ogólnoustrojowe i w miejscowe w rejonie implantacji nici (np.zapalenie zatok przynosowych, aktywne zmiany trądzikowe, opryszczka)
- choroby zębów i przyzębia(również w trakcie leczenia stomatologicznego)

Zaświadczam również, że

- nie jestem w ciąży
- nie karmię dziecka piersią
- nie przyjmuję leków przeciwzakrzepowych
- nie wszczepiano mi nierozpuszczalnych implantów w obszarze planowanej interwencji
- nie występuje u mnie tendencja do przerostu i bliznowacenia (tworzenie keloidów)
- nie występuje u mnie potwierdzona nadwrażliwość na preparaty stosowane w trakcie procedury (kwas polimlekowy, polikaprolakton, Lidocaina, Adrenalina, Ubistesin Forte, kwas hialuronowy)

Oświadczam, że zostałem szczegółowo poinformowany o zaleceniach pozabiegowych, których przestrzeganie ma na celu umożliwić prawidłowy proces rekonwalescencji (załącznik nr 2).

W związku z powyższym **zobowiązuję się do:**

- przykładania zimnych kompresów w obszarze wykonanej procedury w okresie pierwszej i drugiej doby po zabiegu
- przecierania miejsc wkłucia i wprowadzenia igły płynem dezynfekcyjnym przez okres 2-3 dni od zabiegu
- powstrzymywania się od spożywania gorących napojów i posiłków przez okres 2-3 dni od zabiegu
- powstrzymania się od spożywania alkoholu w okresie 2 tygodni od zabiegu
- ograniczenia aktywności mimiki twarzy (nie jeść twardych produktów, głośno się nie śmiać) przez okres 2 tygodni od zabiegu oraz unikania wysiłku (np. fitness)
- nie stosowanie makijażu w obszarze zabiegowym do 3 dni po zabiegu
- nie korzystanie z planowego leczenia stomatologicznego przez 3 tygodnie po zabiegu
- nie stosowania żadnego masażu twarzy i ciała oraz nie korzystania z intensywnego rozgrzewania, np. w saunie przez okres 2 tygodni od zabiegu
- nie korzystania z basenu przez okres 2 tygodni od zabiegu
- nie stosowania w obszarze zabiegowym żadnych zabiegów rozgrzewających (w tym laserów, fali radiowej, ultradźwiękowej itp.) przez okres nie krótszy niż miesiąc od zabiegu implantacji nici, a najlepiej dwa miesiące.
- nie stosowania w obszarze zabiegowym głębokiego masażu, fizjoterapii (wyjątek: mikroprądy, kriolift) i innych technik – śródskórnym przez okres 2 miesięcy

Zostałem poinformowany, że w przypadku odczuwania bólu mogę zastosować środki przeciwbólowe. W celu przyspieszenia procesu gojenia miejsca wkłucia igły smarować przez 3 dni po zabiegu maścią antybiotykową, a w celu przyspieszenia wchłaniania krwiaków zalecono smarowanie maścią heparynową, żelem typu Arnika, Lioton, Traumel. Zalecono mi także przyjmowanie homeopatii w postaci **Arniki 1:1000** w granulkach (5 granulek 2 razy dziennie pod język) oraz tabletek **Reparil 2 x po 1 tabletkę** przez okres 1 tygodnia od zabiegu. Można stosować delikatny drenaż limfatyczny (nie masaż!) w rejonie występowania obrzęku pozabiegowego.

Zostałem poinformowany, że w przypadku implantacji większej ilości nici niż wynikającej z 1 opakowania lub przy osłabionej odporności zaleca się stosowanie antybiotyku zaleconego przez lekarza w ciągu 3-5 dni.

Zostałem poinformowany, że powikłania po zabiegu liftingu za pomocą nici Aptos zdarzają się niezwykle rzadko.

W szczególności zdaje sobie sprawę że:

- W okresie po zabiegu może wystąpić obrzęk twarzy o różnym nasileniu ustępujący zwykle do 2 tygodni , rzadko do 2 miesięcy po zabiegu.
- Może wystąpić wylew podskórny, który może się utrzymywać do dwóch - trzech tygodni
- Bardzo rzadko podczas zabiegu może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia mogą być przejściowe lub trwałe.
- Asymetria - po zabiegu może dojść do powstania przejściowej asymetrii twarzy, widocznych nierówności, dodatkowych zmarszczek lub zagłębień w skórze.
- Zakażenie implantu - objawiające się zaczerwienieniem, nadmiernym ociepleniem i bolesnością skóry w rejonie implantacji nici wymaga natychmiastowej kontroli lekarskiej.

Zostałem poinformowany, że w niektórych sytuacjach może być wymagana konsultacja chirurgiczna.

Zostało mi przekazane zalecenie umówienia się na standardową wizytę kontrolną 3, 7 i 14 dnia po zabiegu.

W pełni zdaję sobie sprawę, że niezastosowanie się do zaleceń i wymagań lekarza może wywołać lokalne lub ogólne powikłania lub przyczynić się do ich rozwoju. To z kolei może wpłynąć na pogorszenie efektu zabiegu, wydłużenie czasu trwania gojenia a w niektórych przypadkach może wymagać przeprowadzenia powtórnego zabiegu. Niniejszym, oświadczam, że jeśli stanie się to z mojej winy, poniosę osobistą odpowiedzialność (z odpowiedzialnością finansową włącznie).

Oświadczam, że zapoznałem się wnikliwie z treścią formularza.

Uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadawane przeze mnie pytania dotyczące planowanego zabiegu.

Wszelkie wyjaśnienia przekazano mi w dostatecznie zrozumiałym dla mnie języku. Miałem dostatecznie dużo czasu na rozważenie uzyskanych informacji w związku z czym świadomie decyduję się na wykonanie u mnie zabiegu niemi Aptos.

W trakcie zabiegu zaimplantowano nici:

nazwa i nr LOT

nazwa i nr LOT

nazwa i nr LOT

Podano znieczulenie :

Przypisano leki:

.....

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest : VENO-MED Spółka Jawna B.Jendrysik W.Kiełek w Lublinie ul. Sokola 25, e-mail: gabinet@veno-med.pl ; telefon: 34 3563559

2. Dane będą przetwarzane w celu przesyłania informacji handlowo-marketingowych na podstawie zgody; art. 6 ust. 1 lit. a, RODO*; art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Podpis Lekarza

.....

Czytelny podpis Pacjenta

.....

Data

Załącznik nr 1

Wskazania do zabiegu

- lekkiego i średniego stopnia opadanie tkanek miękkich w obrębie twarzy i szyi
- opadanie całej brwi lub tylko jej bocznej części
- nadmiar tkanek miękkich w obszarze jarzmowo-policzkowym
- głębokie bruzdy nosowo - wargowe i linie marionetki
- zaburzenie owalu twarzy, linii żuchwy, podwójny podbródek (przy zauważalnej hipertrofii tkanki tłuszczowej zaleca się jej usunięcie met. liposukcji strzykawkowej w znieczuleniu miejscowym lub innymi metodami redukującymi nadmiar tkanki tłuszczowej)
- zmiany w obrębie skóry szyi- zmniejszenie elastyczności skóry z głębokimi bruzdami poziomymi, przerośnięte brzegi mięśnia szerokiego szyi (tzw. indyca szyja)
- asymetria twarzy wrodzona lub nabyta (porażenie nerwu twarzowego)
- asymetria i odstawanie małżowin usznych

Przeciwwskazania

- choroby autoimmunologiczne;
- ciężka choroba fizyczna;
- kolagenoza
- choroba niedokrwienna serca;
- nadciśnienie II i III stopnia;
- hemofilia;
- zaburzenia psychiczne i neurotyczne;
- stany zapalne (np. zapalenie zatok, aktywne zmiany trądzikowe w rejonie zabiegowym) i nowotwory
- tendencja do przerostu i bliznowacenia (tworzenia keloidów);
- zaburzenia krzepnięcia krwi;
- przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych;
- zaostrzenie przebiegu wszelkich chorób przewlekłych;
- ciąża i laktacja;
- wcześniej wprowadzone nierozpuszczalne implanty w obszarze zabiegowym;
- indywidualna nietolerancja na preparaty stosowane w trakcie procedury (np. na znieczulenie)
- choroby zębów i przyzębia (również w trakcie leczenia stomatologicznego)

Kwituję odbiór kopii załącznika nr 1: „Wskazania i przeciwwskazania do zabiegów Aptos”

Data

.....

Podpis

.....

Załącznik nr 2

Informacje dla pacjenta odnośnie zabiegów z użyciem nici Aptos

W ciągu 24 godzin od wykonania procedury w obszarze zabiegowym należy przykładać zimny kompres. Przez okres 2-3 dni powstrzymać się od picia gorących napojów i spożywania gorących posiłków, a od alkoholu dłużej niż dwa tygodnie.

Po zabiegu zaleca się pacjentowi w domu przecierać miejsca wkłucia i wyprowadzenia igły roztworem na bazie spirytusu.

W okresie około 2 tygodni od przeprowadzenia zabiegu zaleca się ograniczyć aktywność mimiki twarzy (nie jeść hamburgerów, głośno się nie śmiać), nie stosować żadnych masaży twarzy i ciała, unikać wysiłku fizycznego np. fitness, nie korzystać z zabiegów intensywnie rozgrzewających np. kąpeli w saunie, czy z basenu.

W obszarze zabiegowym nie stosować żadnych zabiegów rozgrzewających (w tym laserów, fali radiowej, ultradźwiękowej itp.) przez okres nie krótszy niż miesiąc od zabiegu implantacji nici, a najlepiej dwa miesiące.

Jak również w okresie około dwóch miesięcy przeciwwskazany jest w tym obszarze głęboki masaż, fizjoterapia (wyjątek: mikroprądy, kriolift) i stosowanie innych technik - śródskórnie.

Nie stosowanie makijażu w rejonie zabiegowym do 3 dni po zabiegu.

W przypadku odczuwania bólu mogą zastosować środki przeciwbólowe. Miejsca wkłuć należy 2 x dziennie smarować maścią antybiotykową (Mupirox) a, w celu przyspieszenia wchłaniania krwinków zalecono smarowanie maścią heparynową, żelem typu Arnika, Lioton, Traumel, okłady z Borasolu. Zalecono mi także przyjmowanie leków przeciwobrzękowych w postaci **Arniki** 1:1000 w granulkach (5 granulek 3 razy dziennie pod język) lub tabletek **Reparil** 2 x po 1 tabletkę przez okres 1 tygodnia od zabiegu.

W przypadku implantacji większej ilości nici niż wynikającej z 1 opakowania, przy osłabionej odporności lub wystąpienia krwinków należy stosować antybiotyk zalecony przez lekarza w ciągu 3-5 dni.

Powikłania po zabiegu liftingu za pomocą nici Aptos zdarzają się niezwykle rzadko.

W sytuacji jednak zaobserwowania zaburzeń pooperacyjnych w postaci podwyższonej temperatury ponad 37,5 °C, pulsującego bólu, zauważalnej asymetrii, pogłębiania się obrzęku pacjent proszony jest o natychmiastowe zgłoszenie się do lekarza.

W niektórych sytuacjach może być wymagana konsultacja chirurgiczna.

Zaleca się umówienie na standardową wizytę kontrolną 3, 7 i 14 dnia po zabiegu.

Kwituję odbiór kopii załącznika nr 2 – Informacje dla pacjenta odnośnie zabiegów Aptos.

Data

.....

Podpis

.....

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Veno-Med B.Jendrysik wW.Kielek Spółka Jawna z siedzibą w Lublińcu, ul. Sokoła 25, 42-700 Lubliniec adres e mail: gabinet@veno-med.pl lub tel. 694 361 369

2. Dane będą przetwarzane w celu przesyłania informacji handlowo-marketingowych na podstawie zgody; art. 6 ust. 1 lit. a, RODO*; art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 o świadczeniu usług drogą elektroniczną.