

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA

na zabieg mezoterapii igłowej z zastosowaniem
preparatów GUNA Collagen Medical Devices

DANE OSOBOWE PACJENTA

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Data urodzenia _____

Numer PESEL _____

Telefon kontaktowy _____

Mezoterapia igłowa polega na śródskórnym, podskórnym lub domięśniowym wstrzykiwaniu cienką igłą substancji aktywnych o działaniu regenerującym, odmładzającym, antycellulitowym do skóry, tkanki podskórnej i/lub mięśni. Zabieg wykonywany jest z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.*

* Aseptyka to wykorzystanie związków chemicznych w celu otrzymania czystego, sterylnego otoczenia, w którym zarazki nie mogą się rozwijać. Antyseptyka oznacza stosowanie środka dezynfekcyjnego zewnętrznie na żywą tkankę (skórę lub błony śluzowe) w celu zniszczenia drobnoustrojów lub zahamowania ich namnożenia się.

1. Historia medyczna pacjenta

Oświadczam, że:

- w ostatnich 6 miesiącach poddałam(tem) się/ niepoddalam(tem) się* operacji/zabiegowi medycznemu w obszarach poddawanych obecnemu zabiegowi mezoterapii igłowej.
Jeśli tak, to jakiej operacji/ jakiemu zabiegowi? (laser ablacyjny, laser nieablacyjny, RF - radiofrekwencja, HIFU - ultradźwięki, IR - promieniowanie podczerwone, IPL, inne).

- w ostatnich 6 miesiącach poddawałam(tem) się/ niepoddawałam(tem) się* zabiegom polegającym na ostrzykiwaniu bądź wypełnianiu tkanek. Jeśli tak, czy miały miejsce komplikacje?

* zaznaczyć właściwe

2. Przeciwwskazania do wykonania zabiegu

Oświadczam, że znane są mi poniższe przeciwwskazania do wykonania zabiegu mezoterapii igłowej:

PRZECIWWSKAZANIA BEZWZGLĘDNE

- miejscowe stany zapalne skóry/infekcje wirusowe (opryszczka), infekcje bakteryjne, infekcje grzybicze

PRZECIWWSKAZANIA WZGLĘDNE (do indywidualnej oceny lekarza)

- przyjmowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych
- przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych
- choroby krwi (małopłytkowość, anemia)
- choroby nowotworowe
- wiek poniżej 6 roku życia
- uczulenie na któryś ze składników preparatów stosowanych w trakcie zabiegu
- ciąża
- epilepsja
- stwardnienie rozsiane
- zapalenie zakrzepowe żył
- miesiączka
- łuszczyca

3. Możliwości wystąpienia skutków ubocznych

Oświadczam, że jest mi znane małoprawdopodobne ryzyko wystąpienia skutków ubocznych / powikłań po zabiegu mezoterapii igłowej.

Podanie preparatu może wywołać takie objawy jak:*

- pieczenie/ ból w miejscu iniekcji, które ustępują zwykle samoistnie w ciągu 5-10 minut po zabiegu,
- utworzenie się ropnia w okolicy wklucia na skutek działania bakterii ropotwórczych,
- wystąpienie niewielkich siniaków w miejscu wklucia, niewielkich krwiaków w miejscu iniekcji podskórnej lub domięśniowej (objawy te powinny minąć w czasie od kilku godzin do kilku dni)**
- możliwość wystąpienia/zaostżenia miejscowych objawów bólowych, związana z mechanicznym działaniem iniekcji; objawy te ustępują w ciągu jednej doby od zabiegu.

W przypadku wystąpienia nieustępującego miejscowego stanu zapalnego (zaczerwienienie, ból, tkliwość, obrzęk) lub innych niepokojących dolegliwości należy skorzystać z porady lekarza.

** przed i po podaniu preparatu niezbędne jest oczyszczenie/odkażenie skóry*

*** wspomagająco można stosować maści z heparyną lub arniką*

4. Zalecenia po zabiegu

Oświadczam, że są mi znane zalecenia do przestrzegania po zabiegu mezoterapii igłowej:

- nie należy rozmasowywać mikrogrudek
- można niezwłocznie nałożyć makijaż
- nie należy korzystać z basenu w dniu wykonania zabiegu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zabieg mezoterapii igłowej.

data i podpis pacjenta

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z ZAKRESU MEDYCyny ESTETYCZNEJ*

Imię pacjenta _____

Nazwisko pacjenta _____

Wiek _____

Nr PESEL (bądź numer dowodu tożsamości, jeśli brak numeru PESEL):

Rodzaj planowanego zabiegu:

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że zostałam(em) w sposób dla mnie zrozumiały poinformowana(y) o:

- możliwych działaniach niepożądanych oraz powikłaniach związanych z w/w zabiegiem,
- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- minimalnej ilości zabiegów, której przeprowadzenie jest niezbędne do uzyskania planowanych efektów,
- alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

podpis

Jestem świadoma(y), że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku i zależne od wielu czynników m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki i zastosowane metody leczenia.

podpis

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu odnośnie: mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, stosowanych środków i sposobów higieny. Informacja przekazałam(em) w sposób rzetelny.

podpis

Jestem świadoma(y), że wystąpienie typowych negatywnych następstw i powikłań o których zostałam(em) poinformowana(y) przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do występowania z roszczeniami, gdyż udzielając pełnej informacji na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu, a także uzyskując pełną i przekazaną w sposób dla mnie zrozumiały informację dotyczącą zabiegu i jego skutków niepożądanych oraz będąc w stanie swobodnie podjąć decyzję sam(a) przyjąłam(em) na siebie takie ryzyko. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

podpis

Oświadczam, że miałam(em) możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pozabiegowych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

podpis

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający.

podpis

Uzyskałam od lekarza prowadzącego wszelkie informacje dotyczące celu zabiegu, korzyści oraz ewentualnych zagrożeń wynikających z jego przeprowadzenia.

podpis

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym, w tym z przekazaną mi w formie pisemnej informacją dotyczącą planowanego zabiegu, stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających. Rozumiem, iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone ryzykiem komplikacji, w tym zgonu włącznie.

data i czytelny podpis

** podstawę prawną odbierania od pacjentów pisemnej zgody na zabieg stanowi art. 34 ust.1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U.2015, poz. 464 z późn zm.) oraz art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016, poz. 186).*

PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA WYKONUJĄCEGO ZABIEG:

FORMULARZ ZGODY

na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

miejsowość i data

czytelny podpis pacjenta
(imię i nazwisko)