**ZGODA NA ZABIEG Z UŻYCIEM PREPARATU LENISNA**

DANE OSOBOWE:

Imię i nazwisko: ……………………….………………………….……….………………………………….….

PESEL : ……………………….………………………….……….………………………………….…………….

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu wstrzykiwanego preparatu LENISNA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ……………… |
| Data |  | ………………… |

Przeciwskazania dyskwalifikujące klienta do wykonania zabiegu

* Występujące z reakcje nadwrażliwości lub alergiczne w wywiadzie
* reakcje anafilaktyczne na: kwas poli-D,L-mlekowy; PLA, czyli hialuronian sodu.
* Występujące nieprawidłowości z czynnością wątroby lub u osób z nieprawidłową czynnością krzepnięcia krwi.
* Obniżoną odpornością.
* Występują działania niepożądane na lidokainę.
* Infekcje wirusowe i bakteryjne są bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu Na zabieg przychodzimy zdrowi, jeśli występuje katar, grypę lub inną chorobę, a także aktywną opryszczkę –należy się wyleczyć i zaplanować zabieg w innym terminie.
* Miesiąc przed zabiegiem wykonywane zabiegi złuszczające, peelingi, mezoterapia i inne zabiegi w tym obszarze zabiegu
* Mocna, świeża opalenizna minimum 14 dni po opalaniu i minimum 30 dni po opalaniu.
* Nowotwór. Do zabiegu klient musi uzyskać pozytywną opinię lekarza i dobre wyniki badań krwi. Trzeba jednak pamiętać, że u chorych na nowotwory, w wyniku chemioterapii zwiększona jest podatność na infekcje oraz możliwość nieprawidłowego reagowania na preparat.
* Przyjmowanie leków rozrzedzających krew
* Ciąża
* Cukrzyca
* Okres laktacji
* Skóra źle tolerująca iniekcje (skóra naczyniowa, ryzyko powstania zwłóknień)
* Choroba nowotworowa
* Epilepsja
* Bielactwo
* Łuszczyca
* Choroby serca
* Choroby układu krążenia
* Stosowanie leków zmniejszających krzepliwość krwi (np. Aspiryny)
* Padaczka
* Stosowanie leków sterydowych
* Skłonność do tworzenia blizn przerostowych

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu. Potwierdzam, że nie występują u mnie żadne z powyższych i w pełni świadoma/y decyduję na zabieg.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

PRZED ZABIEGIEM

* W dniu zabiegu prosimy nie pić kawy oraz produktów zawierających kofeinę.
* 14 dni przed każdym zabiegiem nie należy przyjmować aspiryny oraz spożywać alkoholu.
* Mniej niż 28 dni przed zabiegiem nie wykonuj zabiegów złuszczających, peelingów, mezoterapii i innych zabiegów w obszarze zabiegu

Udzielono mi również̇ informacji, że pominięcie przygotowań́ do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć́ na jego efekt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić́ po wykonaniu zabiegu

* Nadwrażliwość skóry w miejscu podawania preparatu
* W przypadku skóry wrażliwej może pojawić się delikatny świąd
* Krwotok
* Zaczerwienienie
* Obrzęk
* Stwardnienia lub guzki w obszarze poddanym zabiegowi
* Ból w miejscach iniekcji
* Krwiaki
* Siniaki
* Reakcje nadwrażliwości w miejscu wstrzyknięcia
* Niedokrwienie
* Reakcje zapalne
* Plamy lub przebarwienia w obszarze poddanym zabiegowi
* Niedostateczny lub słaby efekt zabiegu
* Bardzo rzadko zmiany martwicze skóry
* Ropnie
* Ziarniniaki
* Reakcje alergiczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

W trakcie rozmowy miałam/-em możliwość́ zadawania pytań́, na które uzyskałam/-em wyczerpujące odpowiedzi ze strony osoby wykonującej zabieg.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu postepowania po zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać́ zastosowane oraz jakich nie stosować po wykonaniu zabiegu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu nie są̨ identyczne w przypadku każdego pacjenta i zależą̨ od indywidualnych cech anatomicznych pacjenta oraz stanu skóry przed zabiegiem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

Wyrażam zgodę̨ na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed wykonaniem zabiegu po zabiegu oraz na wizycie kontrolnej po około 3-4 tygodniach od wykonania zabiegu.

Oświadczam, że zdjęcia zostały wykonane po uprzednim poinformowaniu i za moją zgodą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą treścia a zabieg wykonuje tylko i wyłącznie w celu poprawy swojego wyglądu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis klienta |  | ………………… |
| Data |  | ………………… |

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą treścia i wyrażam świadomą zgodę na zabieg z użyciem preparatu LENISNA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………… |  | ………………………………………… |
| Podpis osoby wykonującej |  | Podpis klienta |
| …………………………………………… |  | …………………………………………… |
| Data |  | Data |