page1image1794432992page1image1794433344

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

Imię i Nazwisko ...............................................................................

PESEL ...............................................................................................

Adres ..........................................................................................……

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-ny wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu

Oświadczam również, że zapoznałam/-em się z przeciwwskazaniami dot. zastosowania preparatu

|  |  |
| --- | --- |
| * Alergia na preparaty stosowane w trakcie zabiegu * Ciąża i okres karmienia * Cukrzyca * Infekcje skórne * Skóra źle tolerująca iniekcje (skóra naczyniowa, ryzyko powstania zwłóknień) * Metalowe implaty | * Choroba nowotworowa * Epilepsja * Choroby serca * Choroby układu krążenia * Stosowanie leków zmniejszających krzepliwość krwi (np. Aspiryny) * Padaczka * Nowotwory * Stany zapalne |

A także zostałam/-em poinformowana/-y o możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić po wykonaniu zabiegu

* Ból podczas wstrzyknięć (można go wyeliminować stosując krem znieczulający EMLA)
* Reakcje zapalne – rumień, delikatny obrzęk – mogą utrzymywać się przez okres tygodnia
* Siniaki, krwiaki podskórne
* Stwardnienia lub guzki w obszarze poddanym zabiegowi
* Plamy lub przebarwienia w obszarze poddanym zabiegowi
* Niedostateczny lub słaby efekt zabiegu
* Bardzo rzadko zmiany martwicze skóry, ropnie, ziarniniaki, reakcje alergiczne

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

Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu.

Udzielono mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na jego efekt.

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

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

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed podaniem preparatu oraz na wizycie kontrolnej po około 3-4 tygodniach od wykonania zabiegu.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ……………………………………… |
| Podpis i pieczątka lekarza | Czytelny podpis pacjenta |