



## INFORMACJA DLA PACJENTÓW O ZABIEGU KWAS HIALURONOWY

Kwas hialuronowy jest naturalnym składnikiem bezpostaciowej substancji międzykomórkowej skóry właściwej. Jest to egzogenna substancja wypełniająca, ulegająca biodegradacji, bezpieczna, nietoksyczna. Preparaty kwasu hialuronowego zachowują powinowactwo do wody zwiększając swoją objętość w tkance, są więc odpowiedzialne za utrzymanie wilgotności w skórze. Niestety wraz z upływem czasu kwasu hialuronowego jest w skórze coraz mniej, a skóra traci swoją elastyczność. Poza tym egzogenny kwas hialuronowy stymuluje produkcję kolagenu.

### Wskazania

1. wypełnianie zmarszczek i bruzd: kurze łapki, zmarszczki palacza, zmarszczki czołowe, lwia bruzda, zmarszczki na policzkach, fałdy nosowo-wargowe
2. zmiana i przywrócenie objętości tkanek: wolumetria i konturowanie owalu twarzy, modelowanie ust
3. rewitalizacja skóry na danym obszarze: odmłodzenie i przywrócenie hydrobalansu

### Przeciwwskazania:

1. bezwzględne: ciąża i karmienie piersią, podwyższona temperatura ciała, aktywny okres choroby autoimmunologicznej, infekcja miejscowa skóry, reakcja nadwrażliwości na składnik preparatu w przeszłości
2. względne: dodatni wywiad w kierunku reakcji alergicznych, skłonność do tworzenia się blizn przyrosłych i keloidów, przyjmowanie leków antykoagulacyjnych.

**Przebieg zabiegu:** Preparat kwasu hialuronowego ma postać przezroczystego żelu umieszczonego w jednorazowej, gotowej do użycia strzykawce. Dostępny jest w różnych gęstościach dobieranych indywidualnie do potrzeb, od których zależy głębokość iniekcji. Zabieg trwa 20 minut po uprzednim znieczuleniu skóry preparatem EMLA. Po wstrzyknięciu preparatu w linię zmarszczki kwas hialuronowy wiąże wodę i powiększa objętość danej okolicy, wygładzając bruzdy lub modelując kontur ust. Efekty iniekcji widoczne są natychmiast po zabiegu, utrzymują się przez 8-12 miesięcy i wymagają powtórzenia zabiegu po tym okresie.

**Postępowanie pozabiegowe:** Po zabiegu należy delikatnie rozmasować wprowadzoną substancję w celu równomiernego rozłożenia preparatu. Należy unikać przebywania w wysokiej temperaturze (sauna, solarium), która nasila rozkład preparatu przez hialuronidazę. Zalecane jest picie dużej ilości wody w celu nawodnienia wprowadzonego materiału. Należy unikać spania przez kilka dni w pozycji mogącej spowodować uciśnięcie miejsca podania kwasu hialuronowego, a co za tym idzie przemieszczenia preparatu.

### Działania niepożądane:

- przejściowy obrzęk skóry i tkanki podskórnej, rumień, grudki obrzękowe, ból, tkliwość, świąd, wybroczyny, zasinienie w miejscach iniekcji
- zgrubienie w miejscu wprowadzenia preparatu przez kilka tygodni
- bardzo rzadko wylewy krwawe, krwiaki, zatory w obrębie naczyń krwionośnych i limfatycznych, tworzenie się ziarniaków

### ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z UŻYCIEM PREPARATU KWASU HIALURONOWEGO

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o właściwościach oraz zastosowaniu kwasu hialuronowego

Oświadczam również, że zapoznałam/em się z w/w **przeciwwskazaniami** do zabiegu.



Ponadto oświadczam, że zostałam/em poinformowany o możliwych **działaniach niepożądanych**, które mogą wystąpić po wykonaniu iniekcji z użyciem preparatu kwasu hialuronowego.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana o rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku, kosztach zabiegu oraz w/w **zaleceniach pozabiegowych**.

Dodatkowo poinformowano mnie, że okres utrzymywania się efektów po iniekcji preparatu kwasu hialuronowego wynosi od 4 do 10 miesięcy, zależnie od uwarunkowań osobniczych pacjenta.

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, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i organizmu na podane leki.

W razie jakichkolwiek zastrzeżeń lub skarg z powodu zabiegu pacjent powinien zgłosić się na wizytę kontrolną w ciągu kilku dni od wykonanego zabiegu.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów. Jestem świadoma/y, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji pisemnej i fotograficznej związanej z zabiegiem z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zaleceniami przed- i pozabiegowymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam ponadto poinformowana/ny o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

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, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu z wykorzystaniem preparatu kwasu hialuronowego.

Celem zabiegu jest.....

Preparat ..... Ilość .....

Data ..... Podpis pacjenta .....