



INFORMACJA DLA PACJENTÓW O ZABIEGU LIPOLIZY INIEKCYJNEJ

Lipoliza iniekcyjna to metoda małoinwazyjna prowadząca do likwidacji nadmiaru tkanki tłuszczowej w wybranych partiach. Zabieg polega na wprowadzeniu substancji uszkadzającej komórki tłuszczowe przy użyciu kaniuli lub igły. W miejscu iniekcji może pojawić się rumień, obrzęk, tkliwość i zaczerwienienie. Widoczne efekty pojawiają się stopniowo po serii kilku zabiegów, wykonywanych w odstępach 3-4 tygodni. Po zabiegu wskazany jest zabieg uzupełniający w postaci drenażu limfatycznego, który wspomaga proces usuwania martwych komórek tłuszczowych z organizmu.

WSKAZANIA

1. podwójny podbródek
2. zbyt szerokie uda, biodra, kolana
3. byczy kark
4. fałdy tłuszczu na brzuchu, plecach
5. ginekomastia męska
6. modelowanie sylwetki
7. miejscowe otłuszczenia

PRZECIWSKAZANIA

1. Dzieci, kobiety ciężarne i karmiące
2. Cukrzyca z zaburzeniami naczyniowymi
3. Choroby autoimmunologiczne (np. choroby tarczycy)
4. Ciężkie schorzenia wątroby i nerek
5. Ostre i przewlekłe infekcje
6. Nadwrażliwość na kw. benzoesowy, soję, witaminę E, B
7. Alergie
8. Choroby krwi związane z nadmiernym krwawieniem
9. Choroby nowotworowe

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG LIPOLIZY

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o właściwościach oraz zastosowaniu preparatu zawierającego fosfatydylocholinę. Jestem świadomy/a, że lipoliza iniekcyjna nie została jeszcze oficjalnie uznana w Polsce jako metoda służąca redukcji tłuszczu. Zabieg lipolizy nie jest zarejestrowany jako metoda redukcji tkanki tłuszczowej, a stosowanie tej terapii określa się jako "off-label use", czyli zastosowanie leku poza zarejestrowanymi wskazaniami, na życzenie i ze świadomą zgodą pacjenta.

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

Zostałam/em także poinformowana/ny o możliwych **działaniach niepożądanych**, które mogą wystąpić po wykonaniu iniekcji z użyciem preparatu kwasu hialuronowego, wśród nich:

1. Zasinienia skóry obrzęk, zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia preparatu do 2 tygodni
2. Przewlekłość skóry, świąd są następstwem działania preparatu fosfatydylocholinę i sukcesywnie ustępują po kilku dniach, rzadko przedłużają się na dłuższy okres czasu.
3. Ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę
4. Zasinienia skóry obrzęk, zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia preparatu do 2 tygodni
5. Infekcja – jest bardzo rzadkim powikłaniem w okresie pooperacyjnym
6. Przebarwienia skóry – Skóra w miejscu poddanym zabiegowi może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra.
7. Zaburzenia czucia na skórze. Częściowa lub całkowita utrata czucia na skórze występuje niezmiernie rzadko.
8. Nierówności widoczne na powierzchni skóry są związane zwykle z odczynem zapalnym występującym jako reakcja na podanie preparatu.
9. Blizny – bardzo rzadko, mogą występować w miejscu nakłuć na powierzchni skóry.
10. Zgrubienia w miejscu wprowadzenia preparatu, które mogą utrzymywać się kilka tygodni. W rzadkich przypadkach objawy te trwają dłużej. Zgrubienia mogą zostać zmniejszone lub usunięte masażami limfatycznymi
11. Przejściowe zaburzenia z zakresie układu krążenia, wzrost potliwości, uczucia osłabienia.
12. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na preparat fosfatydylocholinę.
13. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Podczas zabiegu może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie.
14. Biegunka i zaburzenia cyklu miesięczkowego kobiet. Objawy te ustępują zwykle po kilku dniach, mają przejściowy charakter
15. Martwica skóry – bardzo rzadkie powikłanie związane z przemieszczeniem się preparatu w okolicę skóry.
16. Infekcja – jest bardzo rzadkim powikłaniem w okresie pooperacyjnym



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 **ZALECENIACH POZABIEGOWYCH**, w tym:

1. Spanie z uniesioną głową oraz podłożenie poduszek pod ramiona gdy zabieg był wykonywany na twarzy.
2. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu
3. Efekty widoczne są zazwyczaj po drugim lub trzecim zabiegu w cyklu, choć u niektórych osób widać je już po pierwszym zabiegu. Pełen efekt stabilizuje się w ciągu miesiąca po ostatnim zabiegu w cyklu.
- 4.. Reakcja organizmu na zabieg lipolizy jest różnicowana i indywidualna. Szybkość redukcji otłuszczeń różni się, tak pomiędzy pacjentami, jak i pomiędzy obszarami u jednej osoby.
- 5.. Wskazane jest wprowadzenie niskotłuszczowej diety w okresie działania preparatu.
6. W celu zwiększenia efektu przyjmować L-karnitynę 1 tabl. dziennie
7. Nie przyjmować leków przeciwbólowych I przeciwzapalnych. Jedynym zalecanym lekiem jest Paracetamol.
8. Działanie lipolizy można wspomóc zabiegami endermologia i masażami limfatycznymi po około 4-5 dniach od daty wykonania zabiegu.

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 całego organizmu na podane leki.

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 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.

Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanne mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, których zastosowanie obarczone jest pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

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.

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

Jestem świadoma, 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.

Celem zabiegu jest.....

Preparat Ilość

Data Podpis pacjenta