



INFORMACJA DLA PACJENTÓW O ZABIEGU MEZOTERAPII

Mezoterapia to działający miejscowo niechirurgiczny zabieg medyczny polegający na dostarczeniu bezpośrednio do skóry właściwej substancji leczniczych, regenerujących lub odżywczych. Produkty do mezoterapii to sterylne koktajle wyprodukowane na bazie witamin, aminokwasów, niestabilizowanego kwasu hialuronowego pochodzenia niezwierzęcego oraz innych substancji aktywnych. Wstrzykuje się je w celu nawodnienia skóry, stymulacji fibroblastów, redukcji zmarszczek, mezoliftingu twarzy i ciała, redukcji cellulitu, rozstępów czy pobudzenia mieszków włosowych do wzrostu. Zabieg polega na serii mikroiniekcji wykonywanych przy użyciu cienkiej igły po wcześniejszym znieczuleniu obszaru kremem. W miejscach ukłuć może wystąpić opuchlizna, rumień, ból, swędzenie, zwiększona wrażliwość, krwiaki, odczyn alergiczny. W normalnych warunkach objawy te powinny ustać samoczynnie po kilku dniach po zabiegu. Aby uzyskać satysfakcjonujące i widoczne efekty należy wykonać serię 4-5 zabiegów w odstępach 1-6tygodni w zależności od rodzaju preparatu.

Wskazania:

- starzenie się skóry-, poprawa jędrności i elastyczności, napięcie i nawilżenie skóry, spłycenie drobnych zmarszczek, blizn
- cellulit i rozstępy
- wypadanie włosów –poprawa mikrokrążenia w obrębie mieszków włosowych i stymulacja odrostu włosów

Przeciwwskazania:

- alergia na któryś z podawanych składników,
- cukrzyca (zgoda na zabieg powinien wydać lekarz prowadzący)
- ciąża i okres karmienia piersią
- przyjmowane leki przeciwzakrzepowe
- choroby wirusowe skóry
- choroby bakteryjne i grzybicze skóry
- trądzik
- choroby nowotworowe
- brak współpracy po stronie pacjenta

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA MEZOTERAPIĘ IGŁOWĄ

Oświadczam, że zostałem poinformowany o w/w przeciwwskazaniach do zabiegu mezoterapii.

Zostałam/łem również poinformowana/ny, iż mogę doświadczyć niektórych lub wszystkich spośród następujących **działań niepożądanych**: opuchlizna, rumień, ból, swędzenie, zwiększona wrażliwość wokół miejsc iniekcji, krwiaki, odczyn alergiczny, infekcja bakteryjna lub przebarwienie. W normalnych warunkach objawy te powinny ustać samoczynnie po kilku dniach po zabiegu.

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: stosowanie kremu z witaminą K na pole zabiegowe, unikanie dużego wysiłku fizycznego, promieni słonecznych, solarium i sauny przez 10-14 dni, nie zaleca nakładać się makijażu do 12 godzin po zabiegu.

Aby uzyskać satysfakcjonujące i widoczne efekty mój lekarz poinformował mnie o konieczności wykonania serii 4-5 zabiegów w odstępach 1-6tygodni w zależności od rodzaju preparatu.



Na pytania dotyczące mojej medycznej historii odpowiedziałam/łem zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Na wszystkie pytania otrzymałam/łem satysfakcjonującą odpowiedź.

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.

W razie jakichkolwiek zastrzeżeń lub skarg z powodu zabiegu pacjent powinien zgłosić się na wizytę kontrolną.

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, 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 pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Celem zabiegu jest.....

Preparat Ilość

Data Podpis pacjenta