

ZGODA NA ZABIEG MEZOTERAPII IGŁOWEJ PODCZAS SZKOLENIA



DATA ZABIEGU		PREPARAT	
IMIĘ NAZWISKO PACJENTA		ILOŚĆ / ML	
NUMER KONTAKTOWY		SZKOLENIOWIEC	
E-MAIL			

*Podczas zabiegu mezoterapii igłowej stosowane są preparaty przeznaczone do iniekcji za pomocą igły. Rodzaj oraz technika podania preparatu jest formą indywidualną w celu poprawienia jakości skóry, zniwelowania niedoskonałości.

Oświadczam, iż zostałam (em) poinformowana (ny) o :

- technice i sposobie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatu które zostały użyte do zabiegu, możliwych do osiągnięcia rezultatów w moim przypadku.
- Dokładnie zrozumiałam, że produkty są: biodegradowalne, wstrzykiwane w celu korekcji zmarszczek lub poprawy nawilżenia i elastyczności skóry, efekt korekcji utrzymuje się średnio 3-4 miesięcy. Efekt utrzymywania się zależą od rodzaju skóry, miejsca iniekcji, wstrzykniętej ilości preparatu, technice iniekcji oraz od jakości mojego życia. Średni okres utrzymywania się preparatu może być krótszy po podaniu w usta z uwagi na duże unaczynienie ust. Kolejny zabieg retuszujący wykonany kilka tygodni po pierwszym pomaga wydłużyć trwałość efektu i poprawia rezultaty.
- wszelkich następstwach, mogących wystąpić efektach ubocznych, powikłaniach i działaniach niepożądanych związanych z w/w zabiegiem . Użycie preparatu, wskazania, przeciwwskazania, działania niepożądane zostały mi wytłumaczone i je zrozumiałem powiedziałam szczerze na wszystkie pozostawione mi pytania dotyczące mojej medycznej i estetycznej historii
- konieczności powtórzenia zabiegu w przypadku braku oczekiwanego rezultatu
- konieczności niezwłocznego skontaktowania się z lekarzem wykonującym zabieg w przypadku wystąpienia w/w efektów ubocznych, powikłań, działań niepożądanych lub innych niepokojących objawów
- miałam możliwość zadawania pytań i otrzymałam satysfakcjonującą odpowiedź na wszystkie z nich

MOŻLIWE REAKCJE ZWIĄZANE Z INIEKCJĄ

- Możliwe do wystąpienia działania niepożądane: rumień, obrzęk, ból, świąd, zasinienie, zaczerwienienie, tkliwość w miejscu wkłucia. Najczęściej działania niepożądane ustępują po kilku dniach od iniekcji.
- może wystąpić nadmierna reakcja bólowa powiązana z niepokojem, lękiem, wstrząsem, strachem przed kolejnymi zabiegami
- każde postępowanie powoduje powstanie blizn, które czasami są nieładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować w miejscu nakłuć na powierzchni skóry. Blizny mogą mieć kolor różniący się od otaczającej skóry.
- może dojść do omdlenia/ zasłabnięcia w trakcie/ przed/ lub po zabiegu na skutek reakcji stresowej. Omdlenie może wynikać z zastosowania lidnocyliny w trakcie zabiegu Znieczulenie miejsce niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania takie jak śmierć. Należy bezwzględnie poinformować o uczuleniach na preparaty do znieczulenia miejscowego.

- Dobrze zrozumiałam(łam), że po iniekcji preparatu do mezoterapii mogą wystąpić wyżej wymienione działania niepożądane i reakcje związane z iniekcją.

- Dokładnie zrozumiałam (-łam) zalecenia po iniekcji i zobowiązuję się do ich przestrzegania. W przypadku nie stosowania się do zaleceń po zabiegu biorę na siebie pełną odpowiedzialność za efekt zabiegu i nie będę miał /-ła stosunku do osoby wykonującej zabieg żadnych roszczeń. Rozumiem, że efekt końcowy zależy od wielu czynników i niezawsze może być przewidywalny.



ZGODA NA ZABIEG MEZOTERAPII IGŁOWEJ PODCZAS SZKOLENIA



- Zrozumiałem, iż w przypadku braku oczekiwanego przeze mnie efektu piędzde nie będą mi zwrócone. W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości skontaktuje się : info@beautyestetic.pl

.....(data, czytelnie imię i nazwisko)

Ponadto oświadczam, iż w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych dotyczących aktualnego stanu zdrowia i przebytych chorób osoba wykonująca zabieg i placówka zatrudniająca go nie ponoszą odpowiedzialności (karnej ani cywilnej) za negatywne skutki zabiegu jak – efekty uboczne, działania niepożądane, powikłania będące następstwem utajnienia lub podania nieprawdziwych bądź niepełnych danych i nie będę wnosić żadnych roszczeń odszkodowawczych, ani wobec wykonującego zabieg , ani wobec placówki medycznej.

.....(data, czytelnie imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku do celów dokumentacyjnych i naukowych podczas szkolenia, a także na publikacje w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia wymogu nierozpoznawalności mojej osoby. Również dobrowolnie poddaje się zabiegowi podczas, którego osoba ucząca się wykonuje zabieg. I oświadczam, że nie będę wnosić roszczeń z tego powodu.

.....(data, czytelnie imię i nazwisko)

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU:

- Tendencja do tworzenia keloidów, blizn
- Alergia na stal nierdzewną
- Alergia na składniki ampułki wykorzystanej do zabiegu
- Zaburzenia krwawienia lub inne choroby krwi nieregulowane skoki ciśnienia, choroby serca
- Cukrzyca
- Liczne zmiany łojotokowe, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, trądzik, teleangiektazje, trądzik różowaty
- 3 miesiące od zakończenia kuracji Izotretinoiną (izotek, Roaccutane)
- Choroba nowotworowa- 5 lat po wyleczeniu
- Radioterapia- 1 rok od naświetlania
- Słaba zdolność gojenia się ran
- Aktywna opryszczka czy inna chroniczna infekcja czy chroniczny stan chorobowy na obszarze który ma być poddany zabiegowi
- Brak czucia na obszarze który ma być poddany zabiegowi
- Cięża i okres laktacji
- Okres po inwazyjnych zabiegach laserowych (w zależności od liczby zabiegów należy stosować zalecane odstępy czasowe)
- Wypełniacze lub botox w okresie do 3 miesięcy na twarz i usta
- Operacje plastyczne w ciągu ostatnich 4 miesięcy
- Zabiegi iniekcji permanentnymi wypełniaczami – które zostały wstrzyknięte w ciągu 6 miesięcy
- Stosowanie kortykosterydów na obszarze który ma zostać poddany zabiegowi lub ścięczenie skóry z innego powodu
- Przyjmowanie leków , preparatów homeopatycznych witamin, ziół mogących rozrzedzać krew.

Oświadczam, iż zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam świadoma zgodę na zabieg z użyciem igły podczas szkolenia.

Data i podpis



ZGODA NA ZABIEG MEZOTERAPII IGŁOWEJ PODCZAS SZKOLENIA



POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU: Dla pacjenta

- Utrzymywanie miejsc wkłuć w czystości
- Nie zaleca się używania makijażu do momentu ustąpienia wszystkich objawów niepożądanych i ograniczyć wszelki kontakt ze skórą po zabiegu
- Zabrania się opalania na słońcu/ solarium przez okres 3 tygodni
- Zabrania się korzystania z sauny, kąpeli parowych, kriokomory przez okres 2 tygodni po zabiegu
- W przypadku wystąpienia innych objawów niepożądanych niezwłocznie skontaktuje się z osobą wykonującą zabieg lub na info@beautyestetic.pl

