

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S OŠETŘENÍM PLAZMOU

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: regenerace pleti

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **OŠETŘENÍ PLAZMOU**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Ošetření se provádí plazmou - produktem vyseparovaným z vlastní krve případně v kombinaci s kyselinou hyaluronovou. Lze aplikovat nejen na obličej včetně očního okolí (kruhy pod očima), ale i na ruce, krk, dekolt. Lze využít k ošetření alopecie, jizev, strií, akné.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Cílem ošetření je regenerace pleti, zlepšení její pružnosti a tónu, ošetření jemných a středních vrásek, vypnutí povislé kůže, hydratace, buněčná stimulace tkáně.

Průběh výkonu:

K ošetření odebereme minimálně 10 ml krve, která se okamžitě zpracuje na centrifuze. Oddělí se tak plazma od červených a bílých krvinek. Čistá plazma, případně s přidavkem kyseliny hyaluronové, se pak aplikuje mikro Jehličkami do kůže.

Kontraindikace výkonu:

- Absolutní - jakékoliv hematologické onemocnění, závažná metabolická nebo systémová porucha, akutní infekce, infekce krve, sepse.
- Relativní - onkologická onemocnění, autoimunitní onemocnění, pacient, který v posledních třech dnech bral Acylpyrin (Anopyrin, Godasal) nebo jiné léky, které mění funkci krevních destiček (Plavix, Omega 3, vitamin C), nedávná horečka nebo onemocnění, gravidita a období laktace, diabetes mellitus (cukrovka) a hypertenze ve stadiu dekompenzace.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Ošetření může vést k mírnému zarudnutí, které však zpravidla do 24 hodin mizí. Může se objevit modřinka v místě aplikace. Nástup efektu je za 5-15 dnů po aplikaci. Účinek může být dlouhodobý, přetrvává často od 6 měsíců do 2 let v závislosti na typu pokožky a na oblasti, v níž byla aplikace provedena. Při dlouhodobém užívání léků obsahujících kyselinu acetylosalicylovou se zvyšuje riziko vytváření modřin.

Alternativy výkonu:

Mezoterapeutické ošetření kyselinou hyaluronovou a vitaminovými séry.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po dobu 3 dnů se vyhýbat prašnému prostředí, minimálně týden nenavštěvovat saunu, solária, bazény.
Po dobu 24 hodin nenanášet make-up a neprovádět masáž v oblasti aplikace, aby se předešlo infekcím.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Pleť můžete ošetřovat krémy, které běžně k ošetření používáte.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne:**Jmenovka a podpis lékaře:****Souhlas pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):****Identifikace zákonného zástupce:****Jméno a příjmení:****Datum narození:** **Vztah k pacientovi:**