

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝKONU MEZOTERAPIE – MICRONEEDLING

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 **MEZOTERAPII – MICRONEEDLING**. 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:

Minimálně invazivní metoda nabízející vyhlazení jemných vrásek, zpevnění kontur obličeje, odstranění nežádoucích pigmentových skvrn, snižující viditelnost jizev a strií.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Microneedling - mikroehličkování vede ke stimulaci produkce kolagenu a umožňuje proniknutí současně aplikovaných sér hlouběji do kůže. Výsledkem je omlazená pokožka, zmenšení velikosti pórů, drobných jizviček po akné a planých neštovicích, zlepšuje vzhled starých jizev, redukuje pigmentové skvrny, pleť tak získává rovnoměrný barevný tón. Se speciálními aplikačními séry lze tento výkon využít i k ošetření vlasové pokožky v rámci obnovy růstu vlasů.

Průběh výkonu:

V první fázi ošetření znecitlivíme ošetřovanou oblast anestetickým krémem. Nástup účinku trvá asi 30 minut. Díky této anestezii pacient celé ošetření vnímá jako nebolestivé, cítí pouze mírný tupý tlak. Jakmile je kůže znecitlivěna nanese aktivní sérum, které zapracujeme pomocí ručního elektrického přístroje s vysokou rotací, čímž dojde k velmi jemnému narušení pokožky. Mikroehličky pronikají do pokožky a vytváří v hlubších vrstvách kůže mikrotraumata, která stimulují tvorbu kolagenu a elastinu. Současně se vytváří velmi jemné kanálky, kterými sérum rychle a efektivně proniká hlouběji do kůže. Vlastní ošetření zabere asi 30 minut. Proniknutím aktivního séra hlouběji do pokožky, dochází k významnému zvýšení účinnosti mezoterapie a efekt je viditelnější.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Bezprostředně po ošetření je pokožka zarudlá. Tento efekt mizí do 24-48 hodin, mírné zarudnutí setrvává 2-3 dny. Mohou se objevit drobné modřinky. Mezi možné komplikace patří infekce, alergická reakce na dezinfekci, krém k lokální anestezii (Emla), reakce na aplikovanou mezoterapeutickou látku. Informujte lékaře o Vašich veškerých dosud zjištěných alergiích včetně kovů, o vašem zdravotním stavu, zejména pokud trpíte akutním onemocněním, autoimunitním onemocněním, cukrovkou závislou na inzulínu, srdečně-cévním onemocněním nebo nádorovým onemocněním. Rovněž u těhotných a kojících žen se ošetření neprovádí.

Alternativy výkonu:

Mezoterapie dermarollerovou technikou nebo injekční technikou.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po dobu asi 3 dnů doporučujeme necvičit, nesportovat, nenavštěvovat saunu, solária, bazény, vyhýbat se prašnému prostředí, 48 hodin po zákroku nepoužívat make-up. Po dobu asi 14 dnů nedoporučujeme chemické peelings, aplikaci botulotoxinu, chirurgické zákroky na pleti.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Bezprostředně po ošetření je pokožka zarudlá a teplá. Zarudnutí mizí individuálně, obvykle se uvádí po 2 hodinách až 2 dnech. Pokožku je nutné ošetřovat zklidňujícími a hydratačními krémy.

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: