

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S OŠETŘENÍM PŘÍSTROJEM DERMAPLAX, ESTEMED

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Omlazení pokožky, odstranění výrůstků.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **OŠETŘENÍ PŘÍSTROJEM DERMAPLAX, ESTEMED**. 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:

Dermaplax je elektronické zařízení, jehož funkce je založena na emisích vln, které generují střídavý signál s vysokým napětím a nízkou intenzitou.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Zařízení Dermaplax s výjimečnou a inovativní technologií je používáno v lékařství pro blefaroplastiku, omlazení pokožky, odstranění nežádoucích výrůstků na kůži, odstranění tetování, pigmentových skvrn.

Průběh výkonu:

Zařízení vysílá radiové vlny při nízké frekvenci (50 kHz), které prostřednictvím elektrického výboje dodávají dodatečnou energii plynu (atmosférický vzduch), který se přeměňuje v plazmata. Tento signál je odeslán na kovovou elektrodu ve tvaru kužele a je zakončen v bodě. Jednotka pokožku nepálí, ale odpařuje. Výboj plazmatu je umístěn přímo do pokožky z důvodu sublimace ošetřené tkáně bez známek poškození do okolní tkáně.

Kontraindikace:

Těhotenství, kojení, akutní onemocnění, těžké onemocnění, kardiostimulátor, solárium alespoň 14 dní před ošetřením.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu

Komplikací může být následně rozvoj oparu nebo infekce.

Alternativy výkonu:

Chirurgické řešení v případě odstranění výrůstků nebo řešení vrásek, odstranění vrásek aplikace kyseliny hyaluronové, laserové ošetření.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Hojení trvá asi týden, je lépe zůstat 3 dny doma, může se objevit mírné zduření až otok ošetřovaného místa, je lépe vynechat fyzické aktivity.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Strupy se hojí a mizí během týdne. Suché chlazení je doporučované 2-3 hod. po ošetření. 3-5 dní se může objevit jemný otok a je doporučena domácí péče v klidu, vyvarovat se fyzické aktivitě, sauně, plaveckému bazénu a opalování. Nepoužívejte make-up na ošetřeném místě, vodu, žádné krémy, chraňte před prachem a veškerou špínou. Neodstraňujte stroupky. Po samovolném odpadnutí stroupků můžete používat make-up a po dobu 6 týdnů na ošetřené místo používat UV Krém SPF 50+.

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: