



GAUDIA MED
MEDYCYNĄ ESTETYCZNA

📍 Makowa 14; 30-650 Kraków
☎ 791 776 157
✉ Gab@GaudiaMed.pl
🌐 www.GaudiaMed.pl
📷 @GaudiaMed

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG PODANIA OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO (PRP)

Imię, nazwisko

.....

Rodzaj zabiegu/ lokalizacja:

.....

tel. kontaktowy:

e-mail:

Ja, niżej podpisana(-y) wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zabieg podania osocza bogatopłytkowego PRP. Oświadczam, iż zostałam/tem poinformowana/y w trakcie rozmowy wyczerpująco o wszelkich okolicznościach zabiegu, jego celu, sposobu jego przeprowadzenia, wskazaniach, przeciwwskazaniach, ryzykach powikłania oraz udzielono mi szczegółowych informacji, co do wymaganego zachowania po zabiegu.

Zabieg z użyciem osocza bogatopłytkowego (ang. Platelet Rich Plasma, w skrócie PRP) polega na wyizolowaniu z pełnej krwi pobranej od osoby poddającej się zabiegowi i podaniu koncentratu krwinek krwi. Osocze jest bogate w komórki i czynniki wzrostu, które pobudzają różne komórki do podziału. Osocze jest wykorzystywane do odnowy, regeneracji i rewitalizacji biologicznej tkanek skóry, poprawy jej jędrności i elastyczności. W efekcie skóra staje się bardziej elastyczna, gładza a przede wszystkim młodsza. Wygładzeniu ulegają drobne zmarszczki, a twarz nabiera blasku i promienności. Wskazaniem do zabiegu jest prewencja starzenia i odmłodzenie skóry w tym spłytenie zmarszczek oraz fałdów, poprawa elastyczności, napięcia i gęstości skóry, rewitalizacja i regeneracja skóry, ujednoczenie kolorytu skóry, hamowanie procesu wypadania włosów i łysienia, wiotkości powłok skórnych wewnętrznej strony ud, ramion i brzucha.

W celu wykonania zabiegu osoczem zachodzi potrzeba pobrania krwi. Krew zostaje poddana procesowi odwirowania przez kilka minut tak, aby nastąpiło rozdzielenie się elementów krwi. W wyniku tej procedury jest możliwe uzyskanie preparatu bogatopłytkowego tzw. PRP.

Celem zabiegu jest zastosowanie osocza bogatopłytkowego z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb skóry osoby u której zostanie przeprowadzony protokół PRP

w obszarze:

.....

w celu uzyskania efektu:

.....

Oświadczam, iż poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu czynników, w tym od wieku, rodzaju i barwy skóry, od biochemii, miejsca zastosowania zabiegu, personalnej reakcji skóry i całego organizmu, miejsca iniekcji, procedury iniekcji, ilości preparatu oraz techniki iniekcji z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb wobec czego nie da się w pełni zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu, a także określenia czy będą one identyczne w przypadku każdego klienta. Ilość zabiegów oraz ich efekt jest uwarunkowany w zależności od rodzaju skóry.

Przeciwwskazania do zabiegu.

Oświadczam, że zostałam/tem poinformowana/y o następujących przeciwwskazaniach do zabiegu, że:

- Nie jestem w ciąży
- Nie jestem w okresie laktacji;
Nie stosuję leków obniżających krzepnięcie krwi (rozrzedzających krew);
- Nie mam podwyższonej temperatury
- Nie jestem przeziębiona/ny w dniu zabiegu;
- Nie mam choroby autoimmunologicznej;
- Nie mam łuszczycy (w fazie aktywnej);
- Nie mam opryszczki;
- Nie mam nieustabilizowanej cukrzycy;
- Nie mam nadwrażliwości i/lub alergii na składniki preparatu
- Nie leczę się środkami immunosupresyjnymi;
Nie mam chorób układowych: sklerodermii, immunologicznych chorób naczyń
- Nie mam dermatologicznych zmian skórnych w obszarze poddawanych zabiegowi (trądzik ropowniczy, naczyńniaki, liszaje, stany ropne, alergiczne lub grzybicze zmiany w okolicach podlegających zabiegowi, przerwania ciągłości naskórka, brodawczaki, poparzenia słoneczne);
- Nie przebyłam/em sepsy;
- Nie mam zespołu wątrobowo-nerkowego;
- Nie mam hemofilii;
- Nie mam żółtaczki;
- Nie mam choroby nowotworowej;
- Nie mam arytmii serca;
- Nie mam epilepsji;
- Nie mam bielactwa;
- Nie mam nadpobudliwości nerwowej, tików nerwowych;
- Nie miałem/am przeprowadzonego zabiegu złuszczenia naskórka przez okres 4 tygodni przed zabiegiem;
- Nie jestem w trakcie kuracji sterydowej;
- Nie jestem w trakcie antybiotykoterapii;
- Nie mam skóry z tendencjami do koloidów i blizn;
- Nie stosuję leków do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem;
- Nie spożywałem/am alkoholu i środków odurzających w ostatnich 24h
- Nie mam HIV;
- Nie mam alergii na chrom i nikiel;

Możliwe, naturalne reakcje organizmu na zabieg.

Zostałam/em poinformowana/y o przebiegu zabiegu i możliwości naturalnego wystąpienia po zabiegu reakcji organizmu:

- obrzęk i szczypanie w okolicy zabiegowej utrzymujący się do tygodnia,
- miejscowy ból w punktach iniekcji,
- zaczerwienienie i/lub zasinienie okolicy po zabiegowej utrzymujące się do ok. tygodnia,
- w czasie zabiegu w miejscach wstrzyknięć tworzą się zmiany w postaci niewielkiego bąbelka, który wchłanie się po kilku dniach (do tygodnia),
- krwinki, wylewy, zasinienia okolicy poddanej zabiegowi utrzymujące się do tygodnia,
- tkliwość tkanek objętych zabiegiem, która może fizjologicznie utrzymywać się do 2 tygodni,
- świąd w okresie procesu gojenia.

Możliwe powikłania.

Zostałam/am poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu w postaci:

Ryzyko wystąpienia – częste:

- przedłużający się obrzęk tkanek
- przedłużający się rumień skóry

- ból oraz świąd skóry

Ryzyko wystąpienia – rzadkie:

- nawrót infekcji opryszczki
- zakażenie bakteryjne
- wylewy krwawe i krwiaki
- zakażenie wirusowe

Zabieg z użyciem osocza bogatopłytkowego przeprowadzany podczas miesiączki może być bardziej bolesny, z uwagi na zwiększone odczuwanie bólu w tym czasie.

Zobowiązania pozabiegowe

Zostałam/tem poinformowana/y o konieczności stosowania się do następujących zaleceń pozabiegowych, których nie przestrzeganie może spowodować poważne powikłania po przeprowadzonym zabiegu:

- Stosowanie preparatu pozabiegowego Apis ochronny krem pozabiegowy
- Stosowanie kremu z filtrem minimum SPF50 Bielenda Professional Satynowy Krem Ochronny
- Zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia;
- Przez minimum 12 godzin po zabiegu, unikać makijażu w miejscach objętych zabiegiem;
- Miejsce poddane zabiegowi PRP traktować ze szczególną ostrożnością;
- W dniu zabiegu bezwzględny zakaz zażywania aspiryny;
- Wyeliminować dotykanie i masowanie miejsc poddanych zabiegowi;
- Unikać ekspozycji słonecznej przez okres 4 tygodni;
- Stosować kremy z wysoką protekcją;
- Nie korzystać z solarium przez okres 2,5 tygodni;
- Zakaz korzystania z sauny, basenu czy krioterapii przez okres 1 tygodnia;
- Unikać długotrwałej ekspozycji na niską temperaturę, mróz;
- Wyeliminować alkohol przez okres min. 48 godzin po zabiegu;
- Unikać wzmoczonego wysiłku fizycznego przez około 48 godzin;
- Nie poddawać się zabiegom chemicznego i mechanicznego peelingu przez okres 28 dni od przeprowadzonego zabiegu;

Efekt po iniekcji osoczem bogatopłytkowym utrzymuje się przez okres kilkudziesięciu tygodni i uzależniony jest od indywidualnych predyspozycji i trybu życia. Reakcje zapalne mogą się utrzymywać przez okres dłuższy niż tydzień. Wystąpienie jakichkolwiek reakcji niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić do osoby wykonującej zabieg.

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie w/w zabiegu. Biorę pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyka związane z zabiegiem. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia w trakcie zabiegu omówionego ze mną przez lekarza.

1. Zostałam(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i metodzie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów
2. Zostałam(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: postępowania pozabiegowego oraz indywidualnych predyspozycji.
3. Zostałam poinformowany, że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
4. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem - mieszczącym się w granicach skali, o której zostałam uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałam możliwość zadawania pytań i uzyskałam na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję

i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.

6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonanym zabiegu, zapoznałem się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem wykonującym zabieg.
9. Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłem żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z przeciwwskazaniami do zabiegu zawartymi w niniejszej ankiecie, a także omówionymi z lekarzem i potwierdzam, iż przeciwwskazania takie u mnie nie występują.

Dodatkowe zgody

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez lek. Patrycję Kojm zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r., nr. 101, poz. 926 ze zm.) w celu wykonania usługi. Podanie danych jest dobrowolne, w każdej chwili przysługuje Ci prawo do wglądu do danych, ich poprawiania lub usunięcia. Żądanie usunięcia danych oznacza rezygnację z dalszego udziału w celu wykonania usługi i spowoduje niezwłoczne usunięcie Twoich danych.
 Tak Nie *(właściwie proszę zaznaczyć znakiem krzyżyka)*
2. Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną lub telefoniczną zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2012 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o prawie wycofania w każdym czasie powyższej zgody. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zapisie do newslettera w celu otrzymywania informacji o nowych produktach, rabatach, promocjach zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, 1662)
 Tak Nie *(właściwie proszę zaznaczyć znakiem krzyżyka)*
3. Wyrażam zgodę na wykonanie fotografii ciała w celu oceny efektywności zabiegu.
 Tak Nie *(właściwie proszę zaznaczyć znakiem krzyżyka)*
4. Wyrażam zgodę na publikację wykonanych fotografii ciała w mediach elektronicznych i drukowanych.
 Tak Nie *(właściwie proszę zaznaczyć znakiem krzyżyka)*
5. Zastrzegam sobie prawo do publikacji moich zdjęć, tylko w taki sposób, iż nie będzie można zidentyfikować osoby, oraz zastrzegam sobie prawo do akceptacji zdjęć przed publikacją
 Tak Nie *(właściwie proszę zaznaczyć znakiem krzyżyka)*

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu.

Otrzymałam zalecenia pozabiegowe.

.....
Osoba pobierająca krew (podpis czytelny)

.....
Osoba wykonująca zabieg (podpis czytelny):

.....
Data i podpis pacjenta (podpis czytelny):