



**GAUDIA MED**  
MEDYCYNĄ ESTETYCZNA

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

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z UŻYCIEM KWASU HIALURONOWEGO

Imię, nazwisko .....

.....

Rodzaj zabiegu/ lokalizacja: .....

.....

tel. kontaktowy: .....

e-mail: .....

**Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo.**

### Informacja ogólna o kwasie hialuronowym i jego zastosowaniu:

Kwas hialuronowy jest substancją, która naturalnie występuje w organizmie człowieka w postaci soli sodowej (hialuronianu sodu). W najwyższym stężeniu występuje w skórze, w mazi stawowej oraz w cieple szklistym oka. Kwas hialuronowy jest również składnikiem płynów ustrojowych i tkanki łącznej. Stanowi także budulec ścian naczyń krwionośnych.

Podstawową funkcją kwasu hialuronowego jest wiązanie wody. Wraz z wiekiem jego ilość stopniowo się zmniejsza, przez co dochodzi do degeneracji tkanek, w których się znajduje. Kwas hialuronowy występuje jako: usieciowany, częściowo usieciowany lub nieusieciowany. W zależności od stopnia usieciowania posiada różną gęstość oraz stopień wiązania cząsteczek wody, dzięki czemu wykazuje różną trwałość w zabiegach medycznych, w których został wykorzystany. Kwas hialuronowy usieciowany jest najbardziej odporny na enzym hialuronidazy, czyli rozbić kwasu hialuronowego. Wykorzystuje się go przede wszystkim do przywracania objętości twarzy, wypełniania bruzd oraz tzw. wolumetrii. Kwas częściowo usieciowany stosuje się aby uzyskać efekt delikatnego wypełnienia. Z kolei kwas nieusieciowany, ze względu na bardzo dobre właściwości nawilżające stosuje się w przypadku skóry suchej, wiotkiej i zmęczonej

### Opis przebiegu proponowanej procedury / zabiegu:

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym (nasiękowym lub przewodowym) ewentualnie w sedacji dożylniej.

W zależności od problemu dobieramy odpowiedniej gęstości preparat. Kwas hialuronowy o drobnej cząsteczce i delikatnej strukturze przeznaczony będzie do rewitalizacji skóry oraz wypełnienia drobnych zmarszczek. Produkt gęsty posłuży do wypełnienia bruzd, ust, korekcji nosa czy wolumetrycznej korekcji twarzy. Preparat aplikujemy różnymi metodami za pomocą igły lub kaniuli. Po zabiegu mogą się pojawić drobne siniaczki lub delikatna opuchlizna. Zabieg nie wymaga rekonwalescencji. Opuchlizna jeśli występuje, to zanika po około jednym dniem, a siniaki mogą nam towarzyszyć jeszcze przez 3 do 7 dni.

Dalsza opieka pozabiegowa sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. Konieczna jest ścisła współpraca z lekarzem po zabiegu.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu

zabiegu oraz okresu pozabiegowego.

Powinniście Państwo być świadomi, że zabieg jest zawsze związany z ryzykiem powikłań, zarówno tych wymienionych w dalszej części tej zgody, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia.

### Dające się przewidzieć następstwa zabiegu i możliwe powikłania:

Mają najczęściej charakter przemijający, a do których należą:

- krwiaki, wybroczyny i siniaki w miejscu wkłucia,
- zaczerwienienie i obrzęk tkanek,
- zmiany w pigmentacji,
- zgrubienia, hyperkorekcja,
- asymetria, nierówności powierzchni
- zmiany grudkowo-krostkowe,
- nadwrażliwość i zmiany alergiczne
- infekcje w miejscu wkłucia,
- uaktywnienie wirusa Herpes (wirus opryszczki)
- ziarniniaki, pokrzywka, torbiele

### Czynniki zwiększające ryzyko powikłań ze strony pacjenta

Na ryzyko zabiegu mają wpływ stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące oraz choroby przebyte. Na ryzyko infekcji, szczególnie narażenie są chorzy tuż po przebytych infekcjach, nosiciele bakterii (nos, gardło, zęby próchnicze, infekcje dróg moczowych, ginekologiczne, skóry i paznokci).

Bliznowce pozabiegowe mogą tworzyć się u chorych ze skłonnościami do tego - blizny po wcześniejszych zabiegach. U chorych na cukrzycę istnieje większe ryzyko infekcji i gojenia rany pooperacyjnej. U chorych z osłabioną odpornością lub zażywających leki immunosupresyjne istnieje większe ryzyko infekcji.

### Przeciwwskazania do zabiegu:

- Aktywna choroba nowotworowa
- Cięża i karmienie piersią
- choroby autoimmunologiczne w fazie zaostrzenia np. bielactwo, łuszczyca
- cukrzyca rozchwiana (względnie)
- skłonność do bliznowców i przebarwień
- sterydy miejscowe i ogólne
- krótki okres po operacji chirurgicznej
- zmiany zapalne skóry i tkanek głębokich w obszarze poddawany zabiegowi
- infekcja implantu hialuronowego w wywiadzie w wywiadzie
- stosowanie leków zwiększających ryzyko krwawienia

### Przygotowanie do zabiegu:

- Około 7 dni przed zabiegiem należy odstawić leki zwiększające ryzyko krwawienia: warfin i pochodne, preparaty kwasu acetylosalicylowego (Aspiryna, Polopiryna, Acard)
- Ograniczyć spożywanie alkoholu i kawy na około 24h przed zabiegiem
- Pacjenci z cienką, pergaminową skórą i dużą tendencją do siniaczenia około 7 dni przed zabiegiem mogą przyjmować Rutinoscorbin, Cyclonaminę w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia znacznego zasinienia po zabiegu
- W dniu zabiegu nie należy stosować preparatów natłuszczających oraz nawilżających oraz powstrzymać się od nakładania makijażu w okolicy poddawanej zabiegowi
- Rano w dniu zabiegu należy umyć okolice zabiegową ze wszelkich zabrudzeń, smarów, kurzu, lakieru itd. oraz odkazić kilkakrotnie Ocatniseptem

### Pielęgnacja po zabiegu:

- Powierzchnię zabiegową myć czystą wodą ewentualnie żelem bezmydłowym/ tonikiem bezalkoholowym
- Stosować kosmetyki łagodzące Bepanten, Alantan, Panthenol, Arnika (przed nałożeniem nowej warstwy należy wodą poprzednio nałożoną)
- Nie stosować kosmetyków na obszar zabiegowy typu balsam
- Delikatnie osuszać skórę, nie trzeć
- Niekorzystanie z sauny i basenu (minimum 1 tydzień)

- Unikanie aktywności fizycznej (do 2 dni po zabiegu)
- Nie zdrapywać strupków
- Nie wykonywać dodatkowych zabiegów na daną partię ciała
- Unikać stosowania dodatkowych preparatów pielęgnacyjnych
- Nie aplikować makijażu na okolicę poddawaną zabiegowi (do 24 godzin po zabiegu)

**Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające:**

- W trakcie zabiegu może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem.
- Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pozabiegowym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.
- Dodatkowe leczenie w przypadku wystąpienia powikłań tzn. wykonanie dodatkowej procedury lub zastosowanie innego leczenia.
- Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko, należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę ich wyniku.

**Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej:**

**Proszę wpisać wszystkie pytania jakie ma Pani/ Pan do lekarza:**

.....

.....

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej: (Np. ryzyko indywidualne i możliwe komplikacje, postępowanie wtórne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody co do transfuzji, możliwe skutki ujemne w przypadku odmowy lub przesunięcia terminu zabiegu, podstawy pacjenta do odmowy sposób dalszej opieki)

.....

.....

**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. Zostałem(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 mogę wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów
2. Zostałem(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. Zostałem 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 zostałem 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. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem 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 zostałem/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.**

**Otrzymałem zalecenia pozabiegowe.**

.....  
data i podpis lekarza

.....  
data i podpis pacjenta