# ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO REGENERIS

**Na czym polega zabieg**

Regeneris to specjalny program biostymulacji komórek szwajcarskiej firmy Regen Lab SA, który opiera się na uzyskaniu osocza bogatopłytkowego (PRP) z własnej krwi pacjenta.

Regeneris działa poprzez aktywację płytek krwi zawartych w osoczu do produkcji specyficznych czynników wzrostu, które: pobudzają procesy regeneracji tkanek, aktywują mezenchymalne komórki macierzyste, pobudzają syntezę macierzy międzykomórkowej, aktywują mikrokrążenie, stymulują syntezę DNA, wspomagają proces angiogenezy (tworzenia nowych naczyń krwionośnych), pobudzają fibroblasty do tworzenia nowego kolagenu. Regeneris jest produktem w 100% biokompatybilnym, a rewitalizacja i odnowa następuje dzięki, tzw. Autologicznej Odnowie Komórkowej czyli działaniu własnych czynników wzrostu i komórek macierzystych.

**Główne wskazania do zabiegu**

- Rewitalizacja skóry twarzy, okolicy oczu, szyi, dekoltu, dłoni
- Korekcja zmarszczek i fałd
- Regeneracja skóry po zabiegach dermatologicznych i chirurgii plastycznej
- Nadmierne wypadanie włosów
- Włosy zniszczone, pozbawione blasku
- Wypełnienie blizn potrądzikowych
- W celu przyspieszenie procesów gojenia po zabiegach medycyny estetycznej
- Polecany dla osób z ryzykiem wystąpienia alergii

**Zalecenia przed zabiegiem**

Zabieg jest odrobinę bolesny. Pacjent odczuwa ukłucia igły.
Na zabiegi w okolicach twarzy należy przyjść bez makijażu. Na pół godziny przed zabiegiem na okolice ciała poddaną zabiegowi może zostać zastosowany krem znieczulający – w związku z tym na zabieg należy zgłosić się 40 minut wcześniej.

**Opis zabiegu**

Podczas jednego zabiegu pobiera się ok 8-10 ml krwi metodą próżniową. Po odwirowaniu uzyskuje się osocze, zawierające płytki krwi i uzyskuje się ok 4 ml osocza bogatopłytkowego. Pierwsze efekty zabiegu mogą już być widoczne po dwóch tygodniach. Przebudowa tkanek zaczyna się już po 48 godzinach od pierwszego zabiegu. Liczbę zabiegów ustala lekarz na podstawie wywiadu z pacjentem.

**Przeciwwskazania**

- choroby krwi
- nowotwory
- ciąża i karmienie piersią
- przyjmowanie leków wydłużających czas krwawienia (np. aspiryna)

**Możliwe działania niepożądane**

Potencjalne działania niepożądane, choć występują rzadko mogą się zdarzyć, pomimo postępowania zgodnego z wiedzą i sztuką medyczną. Należą do nich:



Centrum Zdrowia SALUS
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel.(059) 848 90 00,fax. (059) 848 90 57, www.klinikasalus.pl; e-mail: rejestracja@salus.com.pl

- zasinienia lub wylewy podskórne w miejscu podania, które powinny samoistnie ustąpić bez żadnych innych komplikacji
- ból, świąd skóry
- w czasie zabiegu w miejscach wstrzyknięć mogą tworzyć się niewielkie bąbelki, które wchłaniają się szybko (do 2 dni)
- infekcja – każdy zabieg z naruszeniem ciągłości skóry może być związany z procesem zapalnym i zakażeniem. W przypadku wystąpienia zakażenia bakteryjnego zaleca się podanie antybiotyku.

**ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU Z ZASTOSOWANIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO REGENERIS**

---

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU Z ZASTOSOWANIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO REGENERIS

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem/am celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę(ta) zakwalifikowano do zabiegu.

.....
Pieczątka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródzabiegową zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na wykonanie **zabiegu z zastosowaniem osocza bogatopłytkowego Regeneris.**

Imię..... Nazwisko.....

..... .....
data podpis pacjentki(a)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA:**

Zostałam/em wyczerpująco poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyje do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,



Centrum Zdrowia SALUS
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel.(059) 848 90 00,fax. (059) 848 90 57, www.klinikasalus.pl; e-mail: rejestracja@salus.com.pl

- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg: …… …… (nazwa zabiegu),
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od indywidualnych cech pacjenta, takich jak m.in. wiek i stan skóry oraz wcześniejszych zabiegów na danej okolicy ciała.

Lekarz poinformował mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

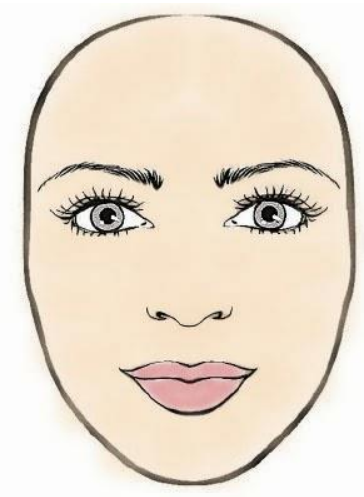
- mojego stanu zdrowia,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów,

Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawia mnie do roszczeń odszkodowawczych.

Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna…….....

Słupsk, dnia ……





Centrum Zdrowia SALUS
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel.(059) 848 90 00,fax. (059) 848 90 57, www.klinikasalus.pl; e-mail: rejestracja@salus.com.pl