

## ZABIEG ESTETYCZNY Z ZASTOSOWANIEM KWASU HIALURONOWEGO

### Na czym polega zabieg

Preparaty na bazie kwasu hialuronowego wykorzystywane są między innymi do modelowania twarzy – przywraca on objętość w okolicach skroni, kości policzkowych oraz odżywia i nawilża skórę, znacznie poprawiając jej gęstość. Preparat poza działaniem wypełniającym daje efekt silnej stymulacji skóry, pobudza ją do regeneracji, dzięki czemu po wchłonięciu zmarszczki są już na ogół płytsze niż przed zabiegiem.

Wypełniacz na bazie kwasu hialuronowego można wykorzystać do dodania objętości wargom, poprawienia i korekcji konturu ust. Kwas hialuronowy jest dobrze tolerowany, całkowicie integruje się z tkankami skóry.

### Zalecenia przed zabiegiem

Na zabiegi w okolicach twarzy należy przyjść bez makijażu. Na pół godziny przed zabiegiem na okolice ciała poddaną zabiegowi zastosowany zostanie krem znieczulający – w związku z tym na zabieg należy zgłosić się 40 minut wcześniej. Poza tym zabieg nie wymaga szczególnego przygotowania.

### Przebieg zabiegu

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym (krem znieczulający) lub w znieczuleniu stomatologicznym (pełen komfort zabiegu) i polega na wstrzyknięciu do zmarszczki lub bruzdy substancji wypełniającej. Po zabiegu zwykle występuje obrzęk i zaczerwienienie w miejscu gdzie preparat został umieszczony, które ustępują w ciągu kilku dni. Bezpośrednio po zabiegu można wrócić do codziennych obowiązków. Efekt zabiegu utrzymuje się średnio od 9 do 12 miesięcy.

### Przeciwwskazania

- Cięża
- Okres karmienia piersią
- Ogólnoustrojowe infekcje
- Infekcje w miejscu podania
- Aktywny proces nowotworowy
- Nierealne oczekiwania pacjenta
- Wieloczynnikowa alergia i anafilaksja w wywiadzie przy poprzednim podaniu kwasu
- Niewyrównana cukrzyca
- Kolagenozy
- Choroby autoimmunologiczne
- Tendencja do powstawania blizn przerosłych i keloidów
- Obecność wypełniacza permanentnego w lokalizacji mającej być poddaną zabiegowi

## DI-P-OA 4

- Przyjmowanie leków i suplementów diety zmniejszających krzepliwość krwi (np. aspiryna, leki przeciwbólowe, antykoagulanty, nienasycone kwasy tłuszczowe, witamina E)

### Możliwe działania niepożądane

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

- Przejściowy obrzęk skóry i tkanki podskórnej
- Rumień
- Grudki obrzękowe
- Tkliwość i ból, świąd w miejscu podania preparatu
- Wybroczyny i sińce
- Powstanie ziarniników
- Zatory naczyniowe z późniejszymi konsekwencjami
- Uszkodzenia nerwów
- Hiperkorekcja obszaru korygowanego
- Efekt Tyndalla

### Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Stosować zalecane metody higieny okolic ciała poddanych zabiegowi
- W przypadku wystąpienia niepokojących dolegliwości lub innych niż wyżej opisane należy skontaktować się z lekarzem

---

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO Z ZASTOSOWANIEM KWASU HIALURONOWEGO

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.

.....  
Pieczętka 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 wskazaniem medycznym, wyrażam zgodę na wykonanie **zabiegu estetycznego z zastosowaniem kwasu hialuronowego**.

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 użyte 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,
- 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 .....

