

Souhlas s injekční biostimulací (Sculptra/Radiesse)

Informovaný souhlas s léčbou injekčními bioestimuláty, jako je kyselina poly-L-mlečná (Sculptra) a hydroxyapatit vápenatý (Radiesse)

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

Emailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Detaily léčby

Produkt *

- ☐ Sculptra (kyselina poly-L-mlečná) ☐ Radiesse (hydroxyapatit vápenatý)
☐ Hyperdilute Radiesse (kvalita kůže) ☐ Jiný bioestimulant

Ošetřované oblasti *

- ☐ Lícnice / Středná tvář ☐ Spánky ☐ Čelisti
☐ Brada ☐ Krk ☐ Ruce
☐ Hýždě / Boční prohlubně ☐ Tělo (paže, kolena, břicho)

Měli jste již injekci bioestimulantu? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte produkt, oblast, datum a případné noduly nebo nežádoucí reakce

Máte v ošetřované oblasti kyselinu hyaluronovou nebo trvalý výplň? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Lékařská historie

Jste těhotná, snažíte se otěhotnět nebo kojíte? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Trpíte některou z následujících podmínek?

- ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, revmatoidní artritida, MS atd.)
- ☐ Porušení krvácení nebo užívání antikoagulancií
- ☐ Cukrovka
- ☐ Historie keloidního nebo hypertrofického jizvení
- ☐ Rakovina (aktuálně nebo v posledních 5 letech)
- ☐ Imunosupresivní stav / Porucha imunity
- ☐ Žádné z výše uvedených

Máte v dané oblasti aktivní kožní infekci, akné nebo zánět? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Utváříte si keloidní nebo hypertrofické jizvy? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Jste alergičtí na lidokain nebo jiné lokální anestetika? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte plánovanou stomatologickou práci v příštích 2 týdnech nebo byla provedena v posledních 2 týdnech? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Požadujete léčbu oblasti pod očima nebo rtů? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Současné léky a doplňky stravy

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

Rizika a komplikace

Potenciální rizika a komplikace:

- Modřiny, otok, bolestivost a zčervenání v místech injekce až 1-2 týdny
- Noduly nebo papuly – malé pevné hrbolky pod kůží, které se mohou objevit týdny až měsíce po léčbě; většina se vyřeší, ale některé mohou vyžadovat léčbu
- Granulomy – zánětlivé hrbolky (vzácné), které mohou být perzistentní
- Asymetrie nebo nerovnoměrné výsledky
- Infekce a biofilm
- Vaskulární oklúze – ucpání krevní cévny, které může způsobit poškození tkáně a v extrémně vzácných případech ztrátu zraku; bioestimulanty nelze rozpustit hyaluronidasou
- Opožděný nebo neuspokojivý výsledek – výsledky se budují postupně během 2-6 měsíců

Výsledky jsou postupné a závisí na vaší vlastní odezvy kolagenu. Typická je řada 2-3 sezení v rozmezí 4-6 týdnů. Pokyny pro masáž ("5-5-5" pro Sculptra) musí být dodržovány.

Rozumím, že bioestimulanty mohou způsobit noduly nebo granulomy, které se mohou objevit měsíce později, že produkt nelze rozpustit hyaluronidasou a že léčba komplikací může trvat dlouho.

Rozumím riziku nodulů a tomu, že produkt nelze rozpustit: _____

Rozumím, že vaskulární oklúze je vzácná, ale vážná komplikace a že musím okamžitě vyhledat péči při neobvyklé bolesti, zblednutí, skvrnitě zbarvené kůži nebo změnách zraku po léčbě.

Rozumím riziku vaskulární oklúze: _____

Souhlas s fotografováním

Smíme pořizovat fotografie před a po léčbě pro váš lékařský záznam? *

☐ Ano – pouze pro můj lékařský záznam

☐ Ano – a můžete je použít anonymně pro marketing

☐ Ne

Záznam služby

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Produkt / Číslo šarže	Dávka / Objem
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s léčbou injekčními bioestimulanty. Byl jsem informován o přínosech, rizicích, alternativách a potenciálních komplikacích, včetně nodulů, granulomů a vaskulární oklúze. Rozumím, že výsledky jsou postupné a liší se mezi jednotlivci a že nebyl poskytnut žádný závazek výsledku. Zbavuji poskytovatele a ordinace odpovědnosti za komplikace související s touto léčbou, s výjimkou případů zanedbání povinnosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl a pochopil výše uvedené informace a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.