

Zgoda na wstrzyknięcie biostymulatora (Sculptra/Radiesse)

Świadoma zgoda na iniekcje biostymulatorów pobudzających produkcję kolagenu, takich jak kwas poli-L-mlekowy (Sculptra) i hydroksyapatyt wapnia (Radiesse)

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Produkt *

- ☐ Sculptra (kwas poli-L-mlekowy) ☐ Radiesse (hydroksyapatyt wapnia)
☐ Hyperdilute Radiesse (jakość skóry) ☐ Inny biostymulator

Obszary zabiegowe *

- ☐ policzki / środkowa część twarzy ☐ skronie ☐ linia żuchwy
☐ broda ☐ szyja ☐ dłonie
☐ pośladki / zagłębienia biodrowe ☐ ciało (ramiona, kolana, brzuch)

Czy miał(a) Pan/Pani wcześniej wykonywaną iniekcję biostymulatora? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać produkt, obszar, datę oraz wszelkie guzki lub reakcje

Czy w obszarze zabiegowym znajduje się kwas hialuronowy lub wypełniacz trwały? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Historia medyczna

Czy jest Pani w ciąży, stara się Pani zajść w ciążę lub karmi Pani piersią? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy występuje u Pana/Pani którekolwiek z poniższych?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, RZS, SM itp.)
- ☐ Zaburzenia krzepnięcia krwi lub stosowanie leków przeciwzakrzepowych
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Skłonność do bliznowców lub blizn przerostowych
- ☐ Nowotwór (obecnie lub w ciągu ostatnich 5 lat)
- ☐ Obniżona odporność / zaburzenia układu odpornościowego
- ☐ Żadne z powyższych

Czy w obszarze zabiegowym występuje aktywna infekcja skóry, trądzik lub stan zapalny? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani skłonność do tworzenia bliznowców lub blizn przerostowych? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na lidokainę lub inne środki znieczulające miejscowo? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy planuje Pan/Pani zabieg stomatologiczny w ciągu najbliższych 2 tygodni lub przeszedł(a) taki zabieg w ciągu ostatnich 2 tygodni? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy prosi Pan/Pani o zabieg w okolicy pod oczami lub na ustach? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Aktualnie przyjmowane leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, środki znieczulające)

Ryzyka i powikłania

Potencjalne ryzyka i powikłania:

- Siniaki, obrzęk, tkliwość i zaczerwienienie w miejscach wstrzyknięcia utrzymujące się do 1-2 tygodni
- Guzki lub grudki — małe, twarde wypukłości pod skórą, które mogą pojawić się tygodnie lub miesiące po zabiegu; większość ustępuje samoistnie, ale niektóre mogą wymagać leczenia
- Ziarniniaki — zapalne guzki (rzadko), które mogą być przewlekłe
- Asymetria lub nierówne rezultaty
- Infekcja i biofilm
- Niedrożność naczyń krwionośnych — zablokowanie naczynia krwionośnego, które może spowodować uszkodzenie tkanki, a w bardzo rzadkich przypadkach utratę wzroku; biostymulatorów nie można rozpuścić hialuronidazą
- Opóźniony lub niezadowalający efekt — efekty budują się stopniowo przez 2-6 miesięcy

Rezultaty są stopniowe i zależą od indywidualnej reakcji organizmu na kolagen. Typowa jest seria 2-3 sesji w odstępach 4-6 tygodni. Należy przestrzegać instrukcji masażu („5-5-5” dla Sculptry).

Rozumiem, że biostymulatory mogą powodować guzki lub ziarniniaki, które mogą pojawić się miesiące później, że nie można ich rozpuścić hialuronidazą oraz że leczenie powikłań może zająć czas.

Rozumiem ryzyko powstania guzków oraz to, że produktu nie można rozpuścić: _____

Rozumiem, że niedrożność naczyń krwionośnych jest rzadkim, ale poważnym powikłaniem oraz że muszę niezwłocznie zgłosić się po pomoc w przypadku nietypowego bólu, bledości, marmurkowatości skóry lub zmian widzenia po zabiegu.

Rozumiem ryzyko niedrożności naczyń krwionośnych: _____

Zgoda na wykorzystanie zdjęć

Czy możemy wykonać zdjęcia przed i po zabiegu do Pana/Pani dokumentacji medycznej? *

- ☐ Tak — wyłącznie do mojej dokumentacji medycznej
- ☐ Tak — oraz mogą Państwo wykorzystać je anonimowo w celach marketingowych
- ☐ Nie

Dziennik zabiegów

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Produkt / Nr partii	Dawka / Objętość
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg iniekcji biostymulatora. Zostałem/am poinformowany/a o korzyściach, ryzykach, alternatywach i potencjalnych powikłaniach, w tym o guzkach, ziarniniakach i niedrożności naczyń krwionośnych. Rozumiem, że rezultaty są stopniowe i różnią się między osobami oraz że nie udzielono żadnej gwarancji rezultatu. Zwalniam świadczeniodawcę i placówkę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe informacje oraz wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem(-am) i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.