

Souhlas s dermálním výplňovým materiálem

Informovaný souhlas pro injekce kyseliny hyaluronové a dalších dermálních výplňů

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti léčby

Výplňový produkt *

- | | |
|---|---|
| ☐ Juvederm (Voluma, Vollure, Volbella) | ☐ Restylane (Lyft, Silk, Defyne, Refyne) |
| ☐ Radiesse | ☐ Sculptra |
| ☐ RHA Collection | ☐ Revanesse Versa |
| ☐ Ostatní | |

Léčebné oblasti *

- | | |
|---|--|
| ☐ Rty | ☐ Nosogeniální rýhy (úsměvné linky) |
| ☐ Loutňové linky | ☐ Tváře / Objem středního obličeje |
| ☐ Augmentace brady | ☐ Konturování čelistí |
| ☐ Pod okem / Slzná brázda | ☐ Spánky |
| ☐ Nechirurgická rinoplastika | ☐ Ruce |

Zdravotnický screening

Dostali jste už někdy injekce dermálního výplně? *

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, popište případné předchozí komplikace

Dostali jste někdy permanentní nebo polotrvale trvající výplň (např. silikon, PMMA)? *

☐ Ano ☐ Ne

Měli jste v posledních 2 týdnech zubní práci nebo máte něco naplánováno? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte historii chladových vředů (herpes simplex)? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte nějaké autoimunitní onemocnění? *

☐ Ano ☐ Ne

Rizika a komplikace

Možná rizika a komplikace:

- Modřiny, otok a zčervenání v místě injekce (běžné, odeznívá v průběhu 1-2 týdnů)
- Asymetrie vyžadující korekturu
- Bulky nebo hrboly pod kůží
- Tyndalův efekt (namodralé zbarvení, zejména pod očima)
- Infekce v místě injekce
- Tvorba granulomu (zánětlivá reakce)
- Cévní oklúze — uzavření krevní cévy, které může vést k poškození tkáně, nebo v extrémně vzácných případech ke změnám zraku nebo slepotě
- Kožní nekróza (odumření tkáně) pokud je narušeno krevní zásobení
- Migrace produktu z určené oblasti
- Alergická reakce (vzácná u výplní na bázi kyseliny hyaluronové)

Hyaluronidáza (Hyalenex) lze použít k rozpuštění výplně na bázi kyseliny hyaluronové v případě komplikací. Výplně bez kyseliny hyaluronové nemohou být rozpuštěny.

Chápu, že cévní oklúze je vážnou, ale vzácnou komplikací injekce dermálního výplně, která může vést k poškození tkáně, nekróze kůže nebo změnám zraku. Rozumím důležitosti okamžitého vyhledání lékařské péče, pokud po léčbě pocítím neobvyklou bolest, blednutí nebo změny zraku.

Chápu riziko cévní oklúze: _____

Byl jsem(a) informován(a) o možných rizicích a komplikacích léčby dermálním výplněm. Chápu, že výsledky se liší, výplň je dočasná a mohou být potřebny další léčby.

Uznávám všechna výše uvedená rizika: _____

Protokol služby

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Produkt / číslo šarže	Objem (mL)
Položka 1				
Položka 2				
Položka 3				
Položka 4				
Položka 5				
Položka 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s léčbou injekčním dermálním výplněm. Byl(a) jsem(a) informován(a) o výhodách, rizicích, alternativách a možných komplikacích. Měl(a) jsem příležitost položit otázky a všechny moje otázky byly uspokojivě zodpovězeny. Chápu, že jde o volitelný kosmetický zákrok a nebyla mi poskytnuta žádná záruka výsledku. Osvobozuji poskytovatele a kliniku od odpovědnosti související s touto léčbou.

Potvrzuji, že jsem si přečetl(a) a rozumím výše uvedeným informacím a poskytuju svůj informovaný souhlas.

Přečetl(a) jsem 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.