

KARTA KONSULTACYJNA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Czy występują choroby przewlekłe? Jakież?

.....

Czy są zażywane leki przewlekłe, dostępne też bez recepty? Jakież?

.....

Zabieg z którego chce Pan/Pani skorzystać przy użyciu Lasera Excel HR 755/1064 nm:

- laserowa depilacja
- fotokoagulacja zmian naczyniowych
- usuwanie zmian barwnikowych (plama posłoneczna, plama soczewicowata, plama typu cafe au lait, chloasma, tatuaż)
- usuwanie zmarszczek
- usuwanie/koagulacja, ablacja zmian skórnych (brodawki wirusowe, brodawki łojotokowe, blizny, rozstępy, znamiona)

Przeciwwskazania:

- ciąża, karmienie piersią
- rak skóry
- przyjmowane leki:
 - fotouczulające (tetracyklina i jej pochodne, sulfonamidy)
 - fotouwrażliwiające (pochodne wit. A – izotretynoina, acytretyna)
 - przeciwzakrzepowe
 - terapia solami złota
- przyjmowanie ziół (dziurawiec, nagietek, bratek)
- choroba zakrzepowa w wywiadzie
- skłonność do występowania keloidów i bliznowców
- cukrzyca
- skłonność do opryszczki
- infekcje wynikające z naruszenia ciągłości skóry
- bielactwo
- zmiany dysplastyczne lub nieznane zmiany pigmentacyjne
- choroby przebiegające z nadwrażliwością na światło i/lub promieniowanie UV
- świeża opalenizna (słońce, samoopalacz, opalenie natryskowe) – odstęp co najmniej 4 tygodnie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, korzyściach oraz ewentualnych skutkach ubocznych. Miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu, na które otrzymałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Jestem świadom/a, że efekty mogą być inne niż przeze mnie oczekiwane (głównie dotyczące ilości zabiegów).

Po zabiegu laserem Cutera Excel HR 735/1064 mogą pojawić się objawy niepożądane, takie jak:

- rumień, obrzęk, zaczerwienienie, opuchlizna
- hipo/hiperpigmentacja, poparzenie, nadżerki, pęcherzyki, pęcherze – mogą goić się z pozostawieniem blizn
- głębokie uszkodzenie tkanek oraz przedłużone gojenie ran może pojawić się w przypadku leczenia brodawek wirusowych
- trwałe lub przemijające posiwienie włosów (leukotrichia)
- stymulacja do wzrostu owłosienia mieszkowego
- utrata owłosienia w miejscu poddanym zabiegowi usuwania zmian naczyniowych lub łagodnych zmian przebarwieniowych
- ekspozycja na słońce/solarium/przypadkowa ekspozycja na sztuczne promieniowanie może zwiększać ryzyko lub nasilać skutki uboczne i działania niepożądane
- rumień
- krwawe wybroczyny
- zmiana struktury skóry
- tzw. „pieczętka”

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ryzykiem wybranego przeze mnie zabiegu, w szczególności z informacją o możliwości pojawienia się skutków niepożądanych.

Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą oraz że nie przemilczałam/em żadnych informacji, które mogą być istotne dla zabiegów. W opisanych powyżej okolicznościach dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na oznaczony na wstępie zabieg.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000)

.....
Podpis osoby wykonującej zabieg

.....
Data

.....
Podpis Pacjentki/Pacjenta