

Pacjent:
PESEL:
Adres:

ZGODA NA ZABIEG Z UŻYCIEM PULSACYJNEJ RADIOFREKWENCJI (RF) MIKROIGŁOWEJ SYLFIRM

Niniejszy dokument służy do wyrażenia świadomej zgody na wykonanie zabiegu z użyciem pulsacyjnej frakcyjnej radiofrekwencji mikroigłowej. Poniżej zawarte są informacje o procedurach przeprowadzenia zabiegu/ów oraz o jego zagrożeniach. Proszę przeczytać tekst w całości i uważnie zapoznać się z poniższymi informacjami. Na końcu dokumentu proszę złożyć podpis, aby wyrazić zgodę na zabieg zaproponowany Pani/Panu przez specjalistę dr #Imiona_i_nazwisko. Może on zawierać niezrozumiałe dla Pani/Pana słownictwo. W takiej sytuacji proszę zwrócić się do specjalisty z prośbą o udzielenie satysfakcjonujących wyjaśnień przed poddaniem się zabiegowi.

Opis zabiegu

Pulsacyjna radiofrekwencja mikroigłowa Sylfirm jest to metoda, która wykorzystuje frakcyjną RF mikroigłową, ale o zupełnie innych parametrach przepływu prądu niż standardowa RF mikroigłowa, przez co służy do korygowania innych problemów estetycznych. Zabiegi pulsacyjną RF mikroigłową polegają na jednoczesnym mikronakłuwaniu i podgrzewaniu skóry za pomocą przepływającego prądu o unikalnych cechach (intensywności i częstotliwości), co jest tajemnicą producenta i jest chronione patentem. Głowica urządzenia zakończona jest sterylną nakładką wyposażoną w kilkadziesiąt mikroigieł, które po wkluciu w skórę wywołują w niej 2 efekty: lekkie podgrzanie i wielokrotną depolaryzację komórkowych ładunków elektrycznych. W ten sposób oddziałujemy na skórę w 3 mechanizmach: mechanicznym (ukłucie), termicznym (podgrzanie) i elektrostatycznym (depolaryzacja). Pulsacyjna radiofrekwencja mikroigłowa działa w ten sposób, że naprawia uszkodzone połączenie skórno-naskórkowe, czyli występujące fizjologicznie odgraniczenie pomiędzy skórą właściwą a naskórkiem, które w procesach starzenia ulega mocnemu osłabieniu, przez co predysponuje do powstawania zaburzeń w postaci przebarwień czy rumienia. Dlatego właśnie pulsacyjna RF mikroigłowa jest szczególnie skuteczna w usuwaniu trudnych przebarwień i rumienia. Co ważne, jej działanie nie polega na usunięciu barwnika czy usunięciu rumienia, a na pobudzeniu procesów regeneracji skóry, która to sama (naprawiona) pozbywa się w/w defektów. Dodatkowo pulsacyjna RF mikroigłowa oddziałuje na komórki macierzyste znajdujące się w skórze, dając efekt odmłodzenia skóry.

Niedogodności związane z zabiegiem lub po zabiegu ▪ bolesność – podczas zabiegu może odczuwać Pani/Pan ból związany z nakłuciem oraz wysoką temperaturą dlatego obszar zabiegowy poddawany jest znieczuleniu specjalnym kremem ▪ zaczerwienienie – przejściowe zaczerwienienie może trwać od kilku godzin do kilku dni ▪ lekki obrzęk – przez okres około 2-3 dni ▪ pieczenie/swędzenie – przez okres około 2 dni

Ryzyko związane z zabiegiem ▪ przedłużająca się różnica w pigmentacji skóry – hiperpigmentacja lub hipopigmentacja (bardzo rzadko) ▪ przedłużająca się widoczność „krateczki” ▪ niedostateczny efekt – na przykład w przypadku współistniejących chorób np. chorób autoimmunologicznych,

przyjmowania niektórych leków (np. sterydów) ▪ powstawanie blizn w przypadku nieprawidłowego gojenia (bardzo rzadko)

Przeciwwskazania do wykonania zabiegu ▪ ciąża ▪ bielactwo ▪ epilepsja ▪ niewyrównana cukrzyca ▪ choroba nowotworowa ▪ zakażenia wirusowe, bakteryjne, grzybicze skóry ▪ aktywne zmiany chorobowe skóry (np. łuszczyca, liszaj płaski, łojotokowe zapalenie skóry) ▪ alergię w miejscu wykonania zabiegów ▪ tendencje do tworzenia blizn przerostowych, skłonność do keloidów ▪ otwarte rany w obszarze zabiegowym ▪ terapia przeciwtrądzikowa izotretynoiną (minimum 6-miesięczna przerwa od zakończenia kuracji) ▪ terapia sterydami ▪ przyjmowanie dużej ilości leków przeciwbólowych (6 lub więcej na tydzień)

Po zabiegu z użyciem frakcyjnej radiofrekwencji mikroigłowej obowiązuje zakaz opalania przez minimum miesiąc!

1. Niniejszym upoważniam wykwalifikowany personel kliniki do przeprowadzenia wyżej opisanego zabiegu pulsacyjnej frakcyjnej radiofrekwencji mikroigłowej. 2. Zdaję sobie sprawę, że podczas tego zabiegu lub zastosowanego znieczulenia nieprzewidziane okoliczności mogą wymagać zastosowania innych procedur zabiegowych. Niniejszym upoważniam specjalistów kliniki #Komorka do przeprowadzenia takich procedur, jeśli zgodnie ze swoją profesjonalną oceną uznają je za konieczne i wskazane. Upoważnienie wyrażone w tym punkcie obejmuje wszystkie schorzenia, które wymagają leczenia, ale które w momencie rozpoczęcia procedury pozostają mojemu specjalistcie nieznane. 3. Wyrażam zgodę na zastosowanie koniecznych i wskazanych środków znieczulających. Zdaję sobie sprawę, że wszystkie formy znieczulenia niosą ze sobą ryzyko i możliwość występowania powikłań. 4. Wyrażam zgodę na fotografowanie lub filmowanie procedur medycznych do celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych; zgoda dotyczy adekwatnych części mojego ciała i jest uwarunkowana nieujawnianiem mojej tożsamości. 5. Rozumiem, że efekt zabiegu zależy od indywidualnych predyspozycji organizmu, trybu życia, odżywiania, wieku, stanu skóry, dlatego nie ma możliwości jego precyzyjnego określenia przed wykonaniem. Jestem świadoma/ y , że odbiór piękna jest subiektywny i przybliżony efekt zabiegu został ze mną przedyskutowany i przeze mnie zaakceptowany. 6. Mam świadomość, że konieczne może być leczenie/usuwanie powstałych powikłań po zabiegu. 7. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o: technice wykonywania zabiegu, przeciwwskazaniach, działaniach niepożądanych, możliwych do osiągnięcia efektach w moim przypadku. 8. Jestem świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres został określony przez specjalistę dr #Imiona_i_nazwisko przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami. Specjalista dr #Imiona_i_nazwisko poinformował a mnie również, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. 9. Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em pełnych i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów. 10. Potwierdzam, że uzyskałam/em informacje dotyczące zaleceń pozabiegowych. Wyrażam zgodę, na przeprowadzenie opisanego powyżej zabiegu. Udzielone mi wyjaśnienia zrozumiałam/em i były one wyczerpujące.

PACJENT:.....**PESEL:**.....

DATA:.....**PODPIS:**.....