

INFORMACJE DLA PACJENTA
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG LASEROWY

Miejsce przeprowadzenia zabiegu

Data

Imiona

Nazwisko

NR PESEL

Adres zam.

Telefon

Laser

Wskazania do zabiegu

Procedura zabiegowa

Parametry lasera

LASER CO2 – PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU

Laser frakcyjny – zasada działania.

Laser frakcyjny to bardzo wszechstronne urządzenie, które pozwala w znaczący sposób poprawić jakość i wygląd skóry, zniwelować zmarszczki i przebarwienia a także zredukować blizny. Laser to urządzenie, które wykorzystuje zjawisko wymuszonej emisji promieniowania a samo promieniowanie świetlne ma określoną długości fali elektromagnetycznej. W tkankach skóry znajdują się substancje tzw fotoakceptory, które wchłaniają energię o określonej długości fali, wywołując tym samym w tkance konkretne efekty. Zabieg z wykorzystaniem lasera oparty jest na zjawisku fototermolizy. Energia generowana przez laser jest bardzo dobrze pochłaniana przez fotoakceptor jakim jest woda tkankowa. Następuje gwałtowne jej podgrzanie a następnie odparowanie, co doprowadza do powstawania mikrouszkodzeń skóry. Uszkodzona tkanka otoczona jest przez zdrową, co dodatkowo przyspiesza regenerację i przebudowę skóry

Przebieg zabiegu, proces gojenia, przewidywane efekty

Przed przystąpieniem do zabiegu skóra jest oczyszczana oraz nakładany jest krem znieczulający w okluzji (pod foliową maską) na około 30-40 minut. Po tym czasie ponownie oczyszczamy i dezynfekujemy skórę. Lekarz wykonuje zabieg pokrywając wcześniej znieczulony obszar promieniowaniem laserowym. **Zabieg wykonywany jest w okularach ochronnych.** Całość, łącznie ze znieczuleniem, trwa około godziny (w zależności od wielkości obszaru czas ten może być różny). Po zakończonej procedurze lekarz może, ale nie musi, schładzać skórę lub nałożyć krem/maść kojącą. Proces gojenia oraz uzyskane efekty mogą być różne w zależności od pacjenta. Wpływ zarówno na czas gojenia jak i końcowy efekt mają takie czynniki jak: wiek pacjenta, stan skóry, tryb życia, dieta czy postępowanie i pielęgnacja skóry po zabiegu. Okres gojenia nie może być ściśle określony w czasie, co wynika ze specyfiki zabiegu i może znacznie się różnić w zależności od osoby. Regeneracja skóry po zabiegu trwa od kilkunastu tygodni do nawet trzech miesięcy. Podczas tego okresu, zwłaszcza w początkowej fazie, może wystąpić zaczerwienienie i obrzęk skóry, bolesność, krwawienia, opuchnięcie. W dalszej kolejności zaobserwować można złuszczenie naskórka. Charakterystyczne „dziurki” (siateczka) na powierzchni poddanej działaniu lasera, mogą pozostać nawet przez kilka miesięcy.

Postępowanie po zabiegu, zalecenia

Zaraz po zabiegu, w zależności od zaleceń lekarza, stosować można kremy lub maści przyspieszające gojenie (tylko te zalecane do stosowania po zabiegach laserowych). Bezwzględnie przez okres 4 tygodni należy unikać ekspozycji miejsca zabiegu na promieniowanie słoneczne. Wychodząc z domu należy stosować filtr 50 (wg zaleceń producenta - kilka razy dziennie). Obszar zabiegowy myć wodą termalną/przegotowaną z dodatkiem mydła hipoalergicznego. Nie stosować toników, mleczka lub innym mogących powodować podrażnienia kosmetyków do momentu wstępnego wygojenia skóry. Miejsce zabiegu wycierać ręcznikiem papierowym poprzez przykładanie a nie pocieranie. W miejscu zabiegu odzież powinna być luźna, tak by nie powodować dodatkowych otarć. Unikać kontaktu ze zwierzętami, zwłaszcza w obszarze zabiegowym, by nie doprowadzić do zakażenia bakteryjnego. Wymieniać poszewki pościeli. Nie stosować leków czy ziół światło-uwrażliwiających po zabiegu.

Niewskazane jest także korzystanie w pierwszych dniach po zabiegu z ogólnodostępnych basenów, sauny, jacuzzi czy siłowni.

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU LASEROWEGO

1. Cięża
2. Stosowanie sterydów (krem lub tabletki)
3. Stosowanie leków światło-uwrażliwiających (retinoidy, tetracykliny do 6 miesięcy przed zabiegiem)
4. Stosowanie ziół (dziurawiec, nagietek do 3 tygodni przed zabiegiem)
5. Świeża opalenizna (do 5 tyg. przed zabiegiem)
6. Nałożenie na skórę w okolicy, gdzie będzie dokonywany zabieg substancji samoopalającej lub zabarwiającej skórę (także metodą natryskową) do 4 tyg. przed zabiegiem.
7. Depilacja woskiem lub pęsetą w okolicy poddawanej zabiegowi - na 2 tyg. przed zabiegiem.
8. Cukrzyca
9. Peelingi (na 4 tyg. przed zabiegiem)
10. Rozrusznik serca
11. Czynna infekcja skóry (np. opryszczka, liszajec)
12. Aktywne choroby skóry i tkanki podskórnej (np. łuszczycyca, liszaj, kolagenoza)
13. Duża skłonność do przebarwień, blizn hipertroficznycch i bliznowców (keloidów)
14. Padaczka
15. Czynne choroby autoimmunologiczne (np. toczeń układowy, twardzina)
16. Zakażenia wirusowe: HIV, WZW
17. Bielactwo, bardzo sucha i wrażliwa skóra
18. Nadmierne oczekiwania wobec efektów zabiegu

Ja niżej podpisany oświadczam iż:

- występują u mnie przeciwwskazania
- nie występuje u mnie żadne z wyżej wymienionych przeciwwskazań.

Data Podpis

MOŻLIWE POWIKŁANIA PO STOSOWANIU LASERA FRAKCYJNEGO

- zaczerwienienia – to właściwie nie jest powikłanie a naturalna reakcja skóry na wysoką temperaturę. Może utrzymywać się od kilku dni do kilku tygodni po zabiegu
- przebarwienia – powikłanie występujące najczęściej – średnio od 10% do 30% pacjentów może mieć przebarwienia lub odbarwienia skóry po wykonanej procedurze laserem frakcyjnym. Im mocniejszy zabieg (intensywniejsze parametry lasera) tym ryzyko przebarwień większe. Duża część przebarwień powinna sama zniknąć po jakimś czasie od zabiegu.
- infekcje – jak np. opryszczka wirusowa - u nosiciela wirusa może pokazać się w miejscu gdzie zabieg został wykonany, sam przebieg infekcji jest nieco inny. Pojawia się zazwyczaj po 3 dobach od zabiegu, goi się szybko i nie zostawia blizn.
- nadkażenie bakteryjne – dochodzi do niego bardzo rzadko i w dużej mierze związane jest to z nieprzestrzeganiem zaleceń pozabiegowych.
- blizny przerostowe lub zanikowe – osoby mające skłonność do powstawania blizn lub mające trudności z gojeniem powinny unikać zabiegów laserem CO2.

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym).

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to, na co:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

lateks, lidokaina, maści, leki, inne? Jeśli tak to, na co:

Czy występują u Pana(i):

obrzęki TAK NIE pokrzywka TAK NIE

znamiona barwnikowe TAK NIE swędzenie TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby nowotworowe TAK NIE

choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył) TAK NIE

zaburzenia metaboliczne (cukrzyca) TAK NIE

choroby układu nerwowego

(padaczka, zaburzenia czucia, niedowład, porażenia, miastenia) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia) TAK NIE

choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne TAK NIE

żółtaczka zakaźna A TAK NIE AIDS/ HIV TAK NIE

żółtaczka zakaźna B TAK NIE ch. weneryczne TAK NIE

żółtaczka zakaźna C TAK NIE

choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) TAK NIE

opryszczka TAK NIE

inne dolegliwości jakie:

Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe (ibuprofen, ketoprofen, naproksen) TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)? TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku

Czy przyjmuje Pan(i) leki przeciwzakrzepowe lub aspirynę? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny,

infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE

Czy często się Pan(i) opala? TAK NIE

Data ostatniej ekspozycji na słońce/ solarium

Czy używa Pan(i) samoopalaczy, korzysta z opalania natryskowego? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy ostatnio:

Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? TAK NIE

Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK NIE

Czy w ostatnim miesiącu były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi

na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

Czy występowały kiedykolwiek u Pani zaburzenia hormonalne?

(np. zespół policystycznych jajników) TAK NIE

OŚWIADCZENIAOświadczenie lekarza

Ja niżej podpisany oświadczam, że zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 9. ustawy z dnia (Ustawa o prawach pacjenta) oraz art. 31. ustawy z dnia 5 grudnia (Ustawa o zawodzie lekarza) udzieliłem pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej, wszechstronnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach.

Data Podpis

Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisany/na oświadczam że przed wyrażeniem zgody na zabieg zapoznałem/am się z formularzem informacyjnym wraz ze szczegółowym opisem zabiegu. Doktor przeprowadził ze mną rozmowę dotycząca planowanego zabiegu. Podczas rozmowy miałem/am możliwość zadawania pytań, zostałem/am w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowany/na o stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwych celach (oczekiwanych efektach zabiegu), przeciwwskazaniach, następstwach zabiegu, czynnikach ryzyka związanych z zabiegiem, alternatywnych metodach leczenia oraz sposobie przygotowania się do zabiegu i postępowaniu po wykonanym zabiegu, okresie rekonwalescencji, możliwym czasie utrzymywania się rezultatu zabiegu i ewentualnych powikłaniach.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/am wyczerpujących informacji na temat stanu mojego zdrowia oraz udzieliłem/am odpowiedzi na pytania które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu w zakresie mojego stanu zdrowia (alergie, ciążę i inne, urazy, operacje, przyjmowane leki). Udzielono mi informacji, że efekty zabiegu uzależnione są od mojego wieku, stanu skóry, trybu życia, diety a także postępowania i pielęgnacji skóry po zabiegu. Poinformowano mnie również o tym, że efekty i czas gojenia nie mogą być określone w sposób ścisły gdyż wynikają ze specyfiki zabiegu i mogą być różne w zależności od osoby. Zrozumiałem/am, że tak jak w przypadku innych procedur medycznych pozytywne, efekty nie są zagwarantowane. Jestem świadomy/ma, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność pomiędzy ostatecznym rezultatem a moimi oczekiwaniami. Zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń pozabiegowych, zgłaszania się na wyznaczone wizyty kontrolne oraz zgłaszania bez zbędnej zwłoki ewentualnych problemów podczas gojenia. Rozumiem że zatajenie informacji z wywiadu, niestosowanie się do zaleceń, nie zgłaszanie się na wizyty kontrolne, traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody w rozumieniu art. 362 Kodeksu Cywilnego, za które lekarz nie ponosi odpowiedzialności. Jestem świadomy/ma, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań o których byłem/am poinformowany/na przed wykonaniem zabiegu nie upoważnia mnie do roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

Tak Nie
Czytelny podpis

Oświadczam że treść zgodny została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu i miałem/am wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z jej treścią oraz podjęcie świadomej decyzji co do przeprowadzenia procedury.

Tak Nie
Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na dokonanie dokumentacji fotograficznej do celów naukowych, medycznych, edukacyjnych, promocyjnych z zastrzeżeniem, że moja tożsamość nie będzie ujawniona.

Tak Nie
Czytelny podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Nadrzędnym celem klauzuli oraz działań informacyjnych Administratora Danych Osobowych jest zapewnienie adekwatnego poziomu ochrony Pacjentów, w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych.

Administrator Danych Osobowych – z siedzibą w
przy ul., wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez
..... KRS: NIP:

RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Przetwarzanie danych osobowych: zgodnie z treścią art. 4 ust. 2 RODO, za przetwarzanie danych osobowych należy rozumieć operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub nieautomatyzowany, taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie.

Podstawy prawne przetwarzania:

Dane osobowe Pacjenta są przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO, tj. w celu realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjenta oraz w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej ze szczególnym uwzględnieniem przepisów ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta. W związku z powyższym informujemy, że prawo Pacjenta do bycia zapomnianym oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych może zostać ograniczone. Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celach zdrowotnych na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO odbywa się co do zasady w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celu profilaktyki zdrowotnej odbywa się na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celu diagnozy medycznej i leczenia odbywa się na podstawie na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celu zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, odbywa się na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celu zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego odbywa się na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 54 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub innych właściwych przepisów z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych. Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w innych celach aniżeli opisane w pkt. 2, np. w celach marketingowych, w związku z realizacją badań klinicznych, czy też badań naukowych odbywa się na podstawie dobrowolnej, jednoznacznej i świadomej zgody Pacjenta.

Informujemy, iż w granicach obowiązujących przepisów prawa :

Zgoda Pacjenta, o której mowa w pkt. 6 może zostać w każdym czasie oraz w każdej możliwej formie (pisemnie, ustnie, wyraźne działanie) wycofana, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz o trybie wycofania zgody;

- Pacjent ma prawo do dostępu do danych osobowych dotyczących jego osoby;
- Pacjent ma prawo do sprostowania danych dotyczących jego osoby, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
- Pacjent ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- Pacjent ma prawo do przenoszenia danych;
- Pacjent ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- Pacjent ma prawo do żądania od Administratora Danych Osobowych usunięcia danych osobowych dotyczących jego osoby, z wyjątkiem sytuacji, w których przetwarzanie wynika bezpośrednio z przepisów obowiązującego prawa.
- Pacjent ma prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.