

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU Z ZAKRESU GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ

Data.....

Wykonujący

zabieg.....

Rodzaj zabiegu.....

Parametry

zabiegu.....

Urządzenie

.....

### DANE OSOBOWE PACJENTA:

Imię.....

.

Nazwisko.....

PESEL/BSN

.....

Adres.....

Telefon.....

.

### INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

*(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską 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, inne? Jeśli tak to na co:

.....

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK  NIE  obrzęki TAK  NIE

pokrzywka TAK  NIE  swędzenie TAK  NIE

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

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK  NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK  NIE

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

**choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK  NIE

**inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK  NIE

**choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK  NIE

**choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK  NIE

**choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka,

dwunastnicy, choroby jelit) TAK  NIE

**choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK  NIE

**choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK  NIE

**zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) TAK  NIE

**choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK  NIE

**zaburzenia hormonalne** TAK  NIE

**choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK  NIE

**choroby układu kostno-stawowego** (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK  NIE

**choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK  NIE

**choroby oczu** (jaskra) TAK  NIE

**zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK  NIE

**choroby zakaźne** TAK  NIE

    żółtaczką zakaźną A TAK  NIE  AIDS/ HIV TAK  NIE

    żółtaczką zakaźną B TAK  NIE  gruźlica TAK  NIE

    żółtaczką zakaźną C TAK  NIE  ch. weneryczne TAK  NIE

**choroba reumatyczna** TAK  NIE

**osteoporoza** TAK  NIE

**choroby skóry** TAK  NIE

**opryszczka** TAK  NIE

**inne dolegliwości** jakie? .....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi .....

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK  NIE

    Jeśli nie, to jakie są objawy: .....

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK  NIE

    Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

.....

Czy pali Pan(i) tytoń? 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) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) 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) kremów z filtrem? TAK  NIE

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

Czy w ostatnich 7 dniach 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

Jeśli tak to w którym miesiącu: .....

Czy ma Pani pierścień antykoncepcyjny lub wkładkę wewnątrzmaciczną? TAK  NIE

Jeśli tak to jaką: .....

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

.....

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK  NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK  NIE

Czy występuje u Pani nietrzymanie moczu? TAK  NIE

#### **OŚWIADCZENIA PACJENTA:**

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu na obszarze pochwy/sromu/odbytu.
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (i) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (ii) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (iii) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu; (iv) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (v) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu; (vi) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: .....
4. Zostałem (am) poinformowany (a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

**Oświadczam że, zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu. ....**

Data i podpis pacjenta.....

Data i podpis wykonującego zabieg .....

### **Przeciwwskazania do zabiegów na obszarze skóry i śluzówki:**

Ekspozycja na słońce oraz lampy UV: unikać przed zabiegiem (przynajmniej przez 1 miesiąc), w trakcie zabiegu i po zabiegu. Używać kosmetyków zawierających SPF50 przed i po zabiegu.

Zachować ostrożność w przypadku zażywania leków:

- Antykoagulantów (mogą wywołać trwały rumień),
- Retinoidów,
- Fotouczulających

Zabieg jest niewskazany dla pacjentów, którzy niedawno przeszli zabieg złuszczenia w miejscu planowanego zabiegu, zabiegi chirurgiczne oraz pacjentów z historią chorób skórnych, w tym bliznowców, guzów i nowotworów, a w szczególności przebyłym rakiem skóry i czerniakiem złośliwym.

Pacjenci z historią opryszczki mogą otrzymać profilaktycznie leki antywirusowe kilka dni przed zabiegiem.

Ciąża i karmienie piersią

Bielactwo, łuszczyca oraz inne choroby autoimmunologiczne

Nadwrażliwość na światło

Epilepsja (padaczka)

Cukrzyca nieuregulowana

Rozrusznik serca, implanty metalowe, pompa insulinowa

Skłonność do powstawania bliznowców, keloidów

Przyjmowanie suplementów ziołowych i antybiotyków

### **Na 3 tygodnie przed zabiegiem należy zaprzestać stosowania :**

Zioła:

wszystkich ziół i mieszanek ziołowych, detoksykujących, odchudzających, oczyszczających (dziurawiec, nagietek, bratek, skrzyp, pokrzywa, rumianek, melisa, mięta, kozłek lekarski (waleriana),

bergamotka, arcydzięgiel, lubczyk, kminek, biedrzynek, aminek większy, doustne suplementy na skórę, włosy i paznokcie np. skrzygovita

Leki:

antybiotyki (np: tetracykliny, azytromycyna, ciprofloksacyna, kotrymoksazol, nitrofurantoina, doksycyklina, metronidazol)

leki homeopatyczne, steroidowe,

niektóre leki przeciwnadciśnieniowe, nasercowe

(amilorid, amiodaron, atenolol, bisoprolol, kaptopryl, diltiazem, enalapryl, enarenal;

niektóre leki przeciw cukrzycowe, np. tolbutamid, glipizyd, metformina, sulfonamidy;

tiazydowe środki moczopędne: hydrochlorotiazyd, bendroflumentiazyd, bemetizyd

środki przeciwbólowe (ketonal, ibum, ibuprofen, polopiryna, aspiryna, pyralginum i inne (można tylko paracetamol, Apap)

niesteroidowe środki przeciwreumatyczne;

niektóre środki przeciwbakteryjne i przeciwgrzybiczne (terbinafina, ketokonazol, gryzeofulwina)

niektóre środki uspokajające i przeciwdepresyjne, a także przeciwwymiotne (np. fenotiazyny);

pochodne retinoidów zarówno te zawarte w lekach doustnych, jak i w maściach;

leki przeciw pasożytnicze (chinina, chinidyna, chlorochina)

szczepionki np. przeciw grypowe

Na 24 godziny przed zabiegiem zabronione spożywanie alkoholu oraz używanie kosmetyków, toników na bazie alkoholu

### **Technika i metoda przeprowadzenia zabiegu**

Laser wprowadzany jest do pochwy za pomocą specjalnej końcówki systemu skanującego HiScan V2LR. Oddziałuje on bezpośrednio na błonę śluzową ścianek pochwy, modelując ją, tonizując i stymulując regenerację tkanki i kolagenu.

### **Objawy podczas i po zabiegu**

Zabieg MonaLisa Touch™ jest zupełnie bezbolesny wewnątrz pochwy i dobrze tolerowany przez srom. Właściwości skanujące systemu DEKA HiScan V2LR zapewniają bardzo szybki przebieg zabiegu na tkance pochwy. Uzyskanie prawidłowej i głębokiej stymulacji zajmuje zaledwie kilka minut.

### **Możliwe powikłania**

Ogólne powikłania obejmują: krwawienie, opuchliznę, dyskomfort lub ból o średnim natężeniu, nieprawidłowy przebieg procesu gojenia, zrosty.

Pacjent musi zrozumieć znaczenie zaleceń przed zabiegowych oraz po zabiegowych i mieć świadomość, że ich nieprzestrzeganie może zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań.

Infekcje wirusowe i bakteryjne mogą wystąpić jako potencjalny efekt uboczny w przypadku nieprzestrzegania odpowiednich zaleceń klinicznych; zależą one od typu zabiegu chirurgicznego.

przejściowe zaczerwienienie i łagodne „oparzenia słoneczne”, skurcze, zwiększona wydzielina z pochwy, mogące trwać od kilku godzin dla 3-7 dni,

### **Zalecenia pozabiegowe**

W zabiegach CO2 laser powoduje abrazję lub ablację skóry, które wymagają codziennej pielęgnacji powstałej w ten sposób rany. Celem jest osiągnięcie gojenia, zapobieganie formowania się strupów w środkowej części oraz na wewnętrznych krawędziach obszaru zabiegu i tym samym zagwarantowanie odpowiedniej czystości i miękkości. W celu redukcji opuchlizny i zapalenia, które mogą wystąpić w następstwie frakcyjnego resurfacingu skóry, zalecamy przykładanie na skórę zimnych kompresów lub schłodzonej mokrej gazy natychmiast po zabiegu. Metody lekarskiej pielęgnacji pozabiegowej obejmują delikatne oczyszczenie skóry, aplikację zimnych kompresów, które składają się zawsze ze sterylnej gazy i roztworu fizjologicznego. Pacjent musi nakładać środek do pielęgnacji skóry i/lub maść z antybiotykiem i enzymatyczną za każdym razem, zwłaszcza po myciu i kąpieli. Zabiegi te należy powtarzać 3-4 razy dziennie do czasu, gdy rozpocznie się kliniczne gojenie rany (zwykle 4-7 dni). Po tym czasie można używać zwykłego produktu nawilżającego i produktu z blokerem przeciwsłonecznym (przez 2-5 miesięcy, zależnie od fototypu skóry i warunków środowiskowych).

Zalecane jest odczekanie 1 dnia przed wzięciem prysznica (należy unikać polewania gorącą wodą miejsca zabiegu do czasu zakończenia procesu gojenia).

Należy unikać ekspozycji na słońce przez co najmniej 2 tygodnie.

Używanie środków nawilżających oraz produktów do pielęgnacji skóry jest zalecane bez ograniczeń czasowych: pozwoli zachować jednolity i zwarty wygląd nowej skóry.

Przez okres dwóch tygodni przed i po zabiegu nie zaleca się wykonywania zabiegów epilacji, depilacji woskiem oraz innych zabiegów na obszarze sromu;

Zaleca się wstrzemięźliwość w obszarze:

- ćwiczenia fizyczne, sauna, basen, współżycie z partnerem: unikać czynników powodujących infekcje bakteryjne przez okres 4-5 dni,

Zalecana kontrola u lekarza: po ok. 4-6 tygodniach pacjent powinien przyjść na wizytę kontrolną oceniającą efekty zabiegu i ewentualne wskazania do kolejnego leczenia;

Przez kilka dni po zabiegu:

- nie stosować mydła, spirytusu, środków myjących na bazie alkoholu,
- nie wykonywać irygacji,
- nie wycierać miejsc po zabiegu gąbką lub ręcznikiem – delikatnie osuszać,
- nie drażnić skóry w okolicach zabiegu.