**KARTA PACJENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Skąd się o nas Pan/i dowiedział/a? |  |

**Przeciwwskazania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYWIAD | TAK | NIE |
| Czy jest Pani w ciąży lub w okresie karmienia piersią? |  |  |
| Czy choruje lub chorował/a Pan/i na nowotwór (okres do 5 lat po operacji) lub jest w trakcie leczenia lekami immunosupresyjnymi? |  |  |
| Czy występują u Pana/i infekcje wirusowe/bakteryjne/grzybicze? |  |  |
| Czy wystepują u Pana/i zaburzenia krzepliwości krwi (czy są zażywane leki przeciwzakrzepowe)? |  |  |
| Czy w okresie ostatnich 4 tygodni zażywał/a Pan/i antybiotyki/sterydy/leki przeciwzapalne/retinoidy/tetracykliny itp.? |  |  |
| Czy wystepuje u Pana/i opryszczka? – aktywne zmiany w miejscu zabiegu |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na padaczkę? |  |  |
| Czy posiada Pan/i metalowe części w organizmie (implanty)? |  |  |
| Czy występują u Pana/i schorzenia i wady serca, rozrusznik serca? |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na trądzik pospolity (lub inne odmiany)? |  |  |
| Czy ma Pan/i tendencja do tworzenia blizn (keloidów) |  |  |
| Czy w ostanim czasie (do 4 tygodni) opalał/a się Pan/i lub stosował/a kremy opalizujące? |  |  |
| Czy występują u Pana/ni zaburzenia hormonalne tarczycy (hirsutyzm, nadczynność, niedoczynność, Hashimoto)? |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na zespół policystycznych jajników (kontrola lekarska, leki) |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na cykrzycę (trudno gojące się rany)? |  |  |
| Czy zażya Pan/i leki, ziółka światłouczulające (nagietek, dziurawiec, Deprim, Zorac, Differin, Figura I)? |  |  |
| Czy w ostatnich 4 tygodniach wykonywał Pan/i depilacja woskiem, pęsetą, depilatorem? |  |  |
| Czy ma Pan/i skłonność do wrastających włosków, zapalenia mieszka włosowego? |  |  |
| Czy stosuje Pan/i kremy/balsamy z wit. A, C, E, kwasy owocowe (w ostatnich 4 tygodniach) |  |  |
| Czy wstepuje u Pana/ni skłonność do przebarwień, zmian barwnikowych, pieprzyków? |  |  |
| Czy występuje u Pana/ni bielacto, łuszczyca, rybia łuska, egzema, AZS lub inne choroby autoimmunologiczne? |  |  |
| Marmurkow skóra (reticularis), skłonność do pękających naczynek, tworzenia krwiaków |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na schorzenia nerek? |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na schorzenia układu oddechowego (astma)? |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na alergie? (**soja**, **kwas hialuronowy**, aloes, krzemionka, ekstrakty roślinne, składniki kosmetyków, farby do włosów, inne) |  |  |
| Czy występują u Pan/i schorzenia oczu (suchość, stany zapalne, przebyte zabiegi) |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane? |  |  |
| Czy zażywał/a Pan/i leki rozrzedzające krew w czasie ostatnich 24 godzin (aspiryna, paracetamol itp.) |  |  |
| Czy cierpi Pan/i na choroby zakaźne (bolerioza, HIV, AIDS, WZW, inne)? |  |  |
| Czy wykonwał/a Pan/i szczepienia? (WZW) |  |  |
| Czy kiedykolwiek wykonywał/a Pan/i tatuaż lub makijż permanentny? |  |  |
| Czy jest Pan/i uczuleny/a na preparaty znieczulające (Lidokaina, Epinefryna, Tetracaina, inne)? |  |  |
| Czy kiedykolwiek wstąpiła u Pana/i nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny ***Clostridium botulinum*** typu A lub na którykolwiek ze składników leku? |  |  |
| Czy wystęują u Pani/a Zaburzenia w połączeniach nerwowo-mięśniowych (miastenia gravis, miopatie) |  |  |
| Czy jest aktualnie stosowana terapia aminoglikozydowa? |  |  |

**Możliwe efekty uboczne mogące wystąpić w trakcie lub po zabiego (do 48 godzin):**

* Tkliwość / ból w miejscu wykonania zabiegu
* Zaczerwnienienie, rumień lub zasinienie
* Obrzęk / lekka opuchlizna
* Opryszczka
* Łuszczenie naskórka (zabieg pielęgancyjne twarzy)
* Stany zapalne (wskutek nadkażeń)
* Reakcje alergiczne (składniki prepratu, rekacje światłouczuleniowe)
* Porażenie mięśniowe / opadanie powieki (preparat BOTOX)

**Zostałam/em poinformowana/y o:**

* Przeciwwskazaniach i możliwych skutkach ubocznych,
* Technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
* Pochodzeniu i sposobie działania zabiegu,
* Możliwych w moim przypadku efektach zabiegu,
* Czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu.

Została mi przekazana informacja na temat pielęgnacji domowej po zabiegu. Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu są uzależnione od wielu czynników i nie są identyczne w przypadku każdej osoby.

Udzielono mi również rzetelnej i przystępnej informacji na temat wszelkich następstw
i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań po wykonaniu zabiegu.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które mi zadano w trakcie wywiadu.

Informacje, które uzyskałem były rzetelne, wyczerpujące i są dla mnie jasne oraz
w pełni zrozumiałe. Jestem świadoma/y, że wstąpienie negatywnych następstw
i powikłań, o których zostałam/em poinformowany przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przed przystąpieniem do zabiegu,
a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu.

**Oświadczam, ze zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.**

………………………………………….

Data i czytelny podpis

Ja, niżej podpisana/ny ………………………………………………………………., wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

………………………………………..

Data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na publikacje / przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi na portalach społecznościowych DecuMed

………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTIA CIAŁA:** | **PARTIA CIAŁA:** |
| **Zabieg** | **Data** | **Moc** | **Uwagi** | **Zabieg** | **Data**  | **Moc** | **Uwagi** |
| **Próba****laserowa** |  |  |  | **Próba laserowa** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARTIA CIAŁA:** | **PARTIA CIAŁA:** |
| **Zabieg** | **Data** | **Moc** | **Uwagi** | **Zabieg** | **Data** | **Moc** | **Uwagi** |
| **Próba laserowa** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |