

Formularz zgody na zabieg niciami *Happy Lift*™

Data

Formularz świadomej zgody na zabieg polegający na odmłodzeniu twarzy za pomocą wchłaniających nici Happy Lift.

Celem niniejszego formularza jest poinformowanie klienta o zabiegu i ryzyku związanym ze stosowaniem nici Happy Lift. Przed zabiegiem klient odbywa również rozmowę z lekarzem.

Należy uważnie przeczytać treść niniejszego dokumentu, omówić wszelkie wątpliwości z lekarzem oraz podpisać formularz w celu potwierdzenia, że informacje zawarte w dokumencie są zrozumiałe.

Rhytidectomy (podciąganie) jest to zabieg usuwania zmarszczek na szyi i twarzy, który przywraca jędrność skóry za pomocą nici, które rozpuszczają się w okresie 1 / 1,5 roku po implantacji. Zabieg może obejmować część twarzy (policzki i szyja) lub też lifting całej twarzy, w zależności od występującego problemu.

Zabieg nie pozostawia blizn, mogą pozostać jedynie 2 mm ślady implementacji nici, które zwykle nie są widoczne.

Nieznaczne zmarszczki mimiczne, które nie można usunąć za pomocą zabiegu podciągania można skorygować w inny sposób, na przykład za pomocą produktów na bazie kwasu hialuronowego, mikrodermabrazji, czyli ścieranie naskórka i skóry właściwej, peelingu chemicznego, laserowego itd.

Rodzaj zastosowanego znieczulenia, czasu zamknięcia naczynek, częstotliwości podawania leków, zależą od danego przypadku oraz techniki wykonywanego zabiegu. W większości przypadków, pacjenci wracając do domu po dwóch godzinach od rozpoczęcia zabiegu.

Rezultat jest zauważalny zaraz po zabiegu, nawet kiedy widoczny jest jeszcze obrzęk, który ustępuje po kilku dniach. Znaczący efekt można zauważyć po upływie 2 miesięcy, pomimo że końcowy efekt wykonanego zabiegu widoczny jest po upływie jednego roku, ze względu na zastosowanie nici liftingujących.

PRZED ZABIEGIEM ODMŁODZENIA TWARZY (METODĄ Happy Lift) NALEŻY

- Poinformuj lekarza jeśli zażywasz jakieś leki (zwłaszcza kortyzon, środki antykoncepcyjne, przeciwnadciśnieniowe, wpływające na czynność serca, antykoagulanty, leki hipoglikemiczne, antybiotyki, leki uspokajające, nasenne itd.)
- Nie zażywaj leków zawierających kwas acetylosalicylowy (np. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirin, Bufferin, Cemerit, Vivin C, itd.)
- Poinformuj lekarza jeśli jesteś przeziębiony, boli Cię gardło, masz kaszel czy choroby skórne;
- Zapewnij sobie opiekę, która może być przydatna, ale nie niezbędna, po zabiegu.
- Należy unikać palenia, aby zapewnić lepsze unaczynienie skóry.

PO ZABIEGU ODMŁODZENIA TWARZY (METODĄ Happy Lift) NALEŻY

- Po upływie 3 dni od zabiegu, można przemyć włosy roztworem dezynfekującym. Ewentualne leczenie skóry twarzy należy wykonywać po konsultacji z lekarzem. Nie należy używać farb do włosów drażniących skórę przez okres co najmniej 1 miesiąca.
- Sport można uprawiać po 2/3 tygodniach po zabiegu, natomiast intensywny sport po upływie 6 tygodni.
- W okresie 1 miesiąca po zabiegu, należy unikać intensywnego światła i ciepła (np. lampy słoneczne UVA, sauna).

W przypadku wszelkich wątpliwości przed i po zabiegu, należy skonsultować się z lekarzem.

Ja niżej podpisany

Imię _____, nazwisko _____
miejsce urodzenia _____, ulica _____
numer telefonu _____, adres e-mail _____.

OŚWIADCZAM, że zapoznałem się z treścią niniejszego formularza.

Zapoznano mnie również szczegółowo z zabiegiem oraz rozumiem wszelkie ograniczenia z nim związane.

W szczególności, zdaję sobie sprawę, że:

- W okresie po zabiegu, moja twarz spuchnie, mogą to być również prawie niewidoczne spuchnięcia; jednak opuchlizna ustąpi po okresie dwóch tygodni do dwóch miesięcy po zabiegu.
- Może wystąpić również wylew podskórny, który może pojawić się na szyi oraz może utrzymywać się w okresie dwóch tygodni; po zabiegu rzadko występuje krwiak (zbieranie się krwi pod tkankami) w pierwszych godzinach po zabiegu, w takim przypadku jest on leczony za pomocą drenażu tkanek.
- Na skórze wrażliwej, zwłaszcza na płatkach ucha oraz w rejonie zausznym, mogą pozostać ślady w okresie nawet do kilku miesięcy.
- W niektórych miejscach, tkanki mogą stwardnieć, może to trwać kilka miesięcy, następnie objawy ustąpią.
- Bardzo rzadko występuje uczucie podrażnienia nerwów twarzy, które ustępuje po pewnym czasie.
- Zwykle blizny goją się bardzo dobrze, ale czasami u niektórych pacjentów gojenie jest wolniejsze na skutek słabszych predyspozycji organizmu.

ZEZWALAM

Dr/Prof _____ oraz współpracownikom do wykonania następującego zabiegu:

Zdaję sobie sprawę, że zostanie mi podany środek znieczulający _____
i/lub miejscowe znieczulenie _____ i/lub _____.

ZEZWALAM

Dr/Prof _____ i jego współpracownikom modyfikować techniki zabiegu zgodnie z ich najlepszą wiedzą oraz według potrzeb w danej chwili, zarówno w trakcie zabiegu jak i w okresie pozabiegowym.

Zgadzam się na przeprowadzenie zalecanego leczenia medycznego w okresie pozabiegowym.

Chirurgia nie jest nauką ścisłą, dlatego też nie można z góry przewidzieć rezultatu, jak na przykład blizn lub wystąpienie krwiaka lub seromy (nagromadzenie płynu surowiczego), ponieważ nie zależy to tylko od zastosowanej techniki zabiegu, ale również od reakcji organizmu.

Zgadzam się na wykonanie zdjęć przed, podczas i po zabiegu, do celów dokumentowania leczenia, które będzie służyło tylko celom medycznym, nie naruszając anonimowości klienta.

Podpis pacjenta

Podpis rodzica, jeśli pacjent jest niepełnoletni

Podpis lekarza