

ZGODA NA ZABIEG Z WYKORZYSTANIEM KWASU HIALURONOWEGO
(powiększanie / modelowanie ust)

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:	
PESEL:	

CZĘŚĆ I: INFORMACJA O ZABIEGU

Rodzaj zabiegu:	
Data zabiegu:	

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowany/a o zabiegu powiększania / modelowania ust z wykorzystaniem wypełniacza na bazie kwasu hialuronowego.

CEL ZABIEGU

Zostałem/am poinformowany/a, że celem zabiegu jest:

- powiększenie objętości ust,
- poprawa ich kształtu, konturu oraz symetrii,
- nawilżenie, wygładzenie i rewitalizacja czerwieni wargowej,
- korekta dysproporcji i ubytków objętości,
- ewentualna rekonstrukcja struktury ust po utracie elastyczności lub objętości.

Rozumiem, że efekt jest **natychmiastowy**, a jego ostateczny wygląd stabilizuje się po ustąpieniu obrzęku, zwykle po 7–14 dniach. Efekty zabiegu są **czasowe** i utrzymują się średnio **6–12 miesięcy**, zależnie od indywidualnych predyspozycji, metabolizmu, stylu życia, rodzaju preparatu oraz techniki iniekcji.

OPIS PROCEDURY

Rozumiem, że zabieg polega na:

- wykonaniu iniekcji preparatu z kwasem hialuronowym za pomocą igły lub kaniuli,
- precyzyjnym podaniu wypełniacza w czerwień wargową, granicę wargową lub okolice przyległe,
- modelowaniu objętości i kształtu w zależności od potrzeb i wskazań.

Wiem, że przed zabiegiem może być zastosowane znieczulenie miejscowe — krem, iniekcja lub preparat z lidokainą znajdującą się w samym wypełniaczu.

MOŻLIWE DO OSIĄGNIĘCIA EFEKTY

Zostałem/am poinformowany/a, że:

- efekt zabiegu jest indywidualny i może różnić się w zależności od anatomii twarzy, elastyczności skóry oraz wcześniejszych zabiegów,
- może istnieć konieczność wykonania zabiegu uzupełniającego w celu uzyskania optymalnego efektu,
- w niektórych przypadkach nie ma możliwości uzyskania w pełni oczekiwanego przeze mnie rezultatu z uwagi na ograniczenia anatomiczne lub bezpieczeństwo.

PRZECIWWSKAZANIA

Przeciwwskazania bezwzględne

Zrozumiałem/am, że zabieg nie może być wykonany w przypadku:

- ciąży i karmienia piersią,
- aktywnej opryszczki lub innych infekcji skóry w obrębie ust,
- czynnych infekcji ogólnoustrojowych, gorączki, stanu zapalnego,
- nadwrażliwości lub alergii na kwas hialuronowy, lidokainę lub składniki preparatu,
- chorób autoimmunologicznych w fazie aktywnej,
- skłonności do bliznowców lub przerostowych blizn,

- terapii immunosupresyjnej lub kortykosteroidami,
- stosowania leków i substancji podnoszących ryzyko krwawienia (jeśli nie zostały odstawione po konsultacji).

Przeciwwskazania względne

Zachowanie szczególnej ostrożności jest wymagane u pacjentów/pacjentek:

- z zaburzeniami krzepnięcia krwi, stosujących antykoagulanty lub NLPZ,
- z chorobami przewlekłymi i autoimmunologicznymi w remisji,
- z opryszczką nawracającą (zalecana profilaktyka lekowa),
- podczas menstruacji (większa wrażliwość na ból, ryzyko siniaków),
- z nierealistycznymi oczekiwaniami,
- z zaburzeniami psychicznymi wpływającymi na ocenę wyglądu (np. dysmorfofobia).

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE I POWIKŁANIA

Częste i zwykle łagodne

- obrzęk ust (może utrzymywać się 1–7 dni),
- zasinienia, krwiaki, zaczerwienienie, ból lub tkliwość,
- uczucie napięcia lub mrowienia,
- grudki lub nierówności — zwykle ustępują samoistnie lub wymagają masażu.

Niezbyt częste

- asymetria,
- efekt nadkorekcji lub niedokorekcji,
- przedłużony obrzęk lub zgrubienia,
- reakcje alergiczne na lidokainę (jeśli w preparacie),
- reaktywacja opryszczki.

Rzadkie, ale istotne

- zakażenie bakteryjne wymagające leczenia,
- reakcje zapalne typu granuloma,
- przewlekłe zgrubienia lub zwłóknienia.

Bardzo rzadkie, ale poważne – ryzyka naczyniowe

Zostałem/am poinformowany/a o potencjalnym ryzyku:

- niedokrwienia tkanek w wyniku podania preparatu do lub w pobliżu naczynia,
- zatoru naczyniowego, który może prowadzić do martwicy, bliznowacenia lub trwałego uszkodzenia tkanek.

Wiem, że w przypadku podejrzenia powikłań naczyniowych konieczna jest natychmiastowa interwencja i zastosowanie hialuronidazy.

POSTĘPOWANIE POZABIEGOWE

Otrzymałem/am zalecenia mające na celu zminimalizowanie ryzyka powikłań:

Bezpośrednio po zabiegu (pierwsze 24 godziny):

- nie dotykać i nie masować ust (chyba że specjalista zaleci inaczej),
- unikać gorących napojów, alkoholu, sauny, solarium i wysiłku fizycznego,
- nie korzystać z basenu, nie narażać ust na zanieczyszczenia,
- unikać makijażu w okolicy ust przez co najmniej kilka godzin,
- stosować zimne okłady, jeśli jest obrzęk.

Przez kilka dni:

- unikać intensywnego opalania,
- stosować delikatną pielęgnację i nawilżanie,
- zgłaszać niepokojące objawy, takie jak silny ból, zblednięcie skóry, nasilający się obrzęk, ropne zmiany.

ALTERNATYWNE METODY KOREKCJI

Zostałem/am poinformowany/a o alternatywach, takich jak:

- modelowanie ust technikami laserowymi,
- zabiegi rewitalizujące,
- radiofrekwencja,

- mezoterapia,
- możliwość niepodjęcia żadnego leczenia.

CZĘŚĆ II: OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w formularzu i wywiadzie medycznym są prawdziwe, a żadnych istotnych danych nie zataiłem/am.
2. Przyjmuję do wiadomości, że zatajenie informacji może wpłynąć na bezpieczeństwo zabiegu i przebieg ewentualnych powikłań.
3. Potwierdzam, że informacje przekazane przez osobę wykonującą zabieg były dla mnie jasne, wyczerpujące i zrozumiałe oraz że miałem/am możliwość zadawania pytań.
4. Jestem świadomy/a, że negatywne następstwa mieszczące się w opisanym ryzyku nie muszą stanowić podstawy roszczeń.
5. Rozumiem, że wynik zabiegu może różnić się od moich oczekiwań z uwagi na indywidualne predyspozycje, a medycyna estetyczna nie gwarantuje 100% przewidywalności efektu.
6. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed i po zabiegu; zdjęcia stanowią część dokumentacji medycznej.
7. Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych.
8. Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu powiększania / modelowania ust kwasem hialuronowym.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odwołania zgody w każdym momencie przed rozpoczęciem zabiegu.

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis Pacjenta)

CZĘŚĆ III: OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ZABIEG

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że w sposób wyczerpujący i zrozumiały dla pacjenta wyjaśniłem/am cel, przebieg, ryzyko oraz możliwe następstwa powyższego zabiegu, a także odpowiedziałem/am na wszystkie zadane pytania.

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis lekarza wykonującego zabieg)