

**Dane identyfikujące pacjenta:**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

Nr tel. ....

Informacja dla Pacjenta  
oraz świadoma zgoda na  
**Radiofrekwencję (RF) Mikroigłową**  
**- REWITALIZACJĘ**

**Co to za zabieg**

**RF Fale elektromagnetyczne** docierając do skóry rozgrzewają ją i powodują skrócenie czyli spiralizację włókien kolagenowych, jednocześnie korzystnie wpływają na pracę układu limfatycznego i aktywizują metabolizm fibroblastów (komórek produkujących kolagen, elastynę). Efektem jest neokolageneza (lifting) odbudowa nowego kolagenu oraz poprawa jakości skóry i ujędrnienie zwiótczeń obszarów zabiegowych twarzy i ciała. RF frakcyjna mikroigłowa / igłowa działa również na odprężenie mięśni i łagodzenie bólu, pobudza układ limfatyczny i krążenie krwi, zwiększa metabolizm komórkowy, eliminuje wolne rodniki.

**Postępowanie przed zabiegiem**

Zabieg nie wymaga jakiegokolwiek wcześniejszego przygotowania, ale na tydzień przed zabiegiem warto wykonać peeling. Na zabieg przychodzimy bez makijażu.

**Przeprowadzenie badania**

Przebieg zabiegu: do urządzenia są używane specjalne końcówki w zależności od rodzaju zabiegu: usuwanie zmian, rewitalizacja skóry itp. Zabieg może być bolesny dlatego przez używane jest znieczulenie w kremie. Czas zabiegu jest krótki.

**Możliwe powikłania**

- rumień, obrzęk, bolesność, pieczenie skóry (ustępują po kilku godzinach)
- powstanie strupków

**Postępowanie po badaniu**

W związku ze stosowaniem znieczulenia miejscowego nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu. W dniu zabiegu nie myjemy twarzy, w kolejnych dniach używamy kremów łagodzących, gojących. Okres pełnej rekonwalescencji trwa ok. tydzień, ale obrzęk utrzymuje się góra 1-3 dni. Przez kilka tygodni po zabiegu należy używać krem z wysokim filtrem słonecznym. Przez pierwsze 2-3 dni nie zalecam wykonywania makijażu – skóra może być podrażniona, może występować delikatne sączenie. W drugim dniu pojawiają drobne strupki. Od 3-4 dnia można wykonać makijaż.

**Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo, jeśli chcecie wiedzieć więcej o zabiegu, wymienionych powikłaniach bądź innych problemach związanych z proponowanym postępowaniem.**

Zanim podejmiemy wspólną decyzję odnośnie wykonania zabiegu, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- |     |   |                          |     |                          |     |
|-----|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1.  | Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy ?<br>Jeśli tak to na co:.....   | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 2.  | Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a) ? (lateks, lidokaina, maści?)<br>Jeśli tak to na co:.....  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 3.  | Czy występują u Pana(i) duszności?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 4.  | Czy występują u Pana(i) obrzęki?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 5.  | Czy występują u Pana(i) pokrzywka?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 6.  | Czy występują u Pana(i) swędzenie?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 7.  | Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 8.  | Czy miał/a Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności ?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 9.  | Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?  | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| 10. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:<br>choroby serca: zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca,<br>zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego? | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |

11. Inne choroby układu krążenia: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności ?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
12. Choroby naczyń krwionośnych: żylaki, zapalenie żył, złe krwawienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu ?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
13. Choroby płuc: rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
14. Choroby układu pokarmowego: choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
15. Choroby wątroby: kamica, żółtaczką, marskość wątroby	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
16. Choroby układu moczowego: zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
17. Zaburzenia przemiany materii: cukrzyca, dna moczanowa?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
18. Choroby tarczycy: nadczynność, niedoczynność, wole obojętne?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
19. Zaburzenia hormonalne?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
20. Choroby układu nerwowego: padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
21. Choroby krwi i układu krzepnięcia: hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
22. Choroby oczu: jaskra?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
23. Zmiany nastroju: depresja, nerwica?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
24. Choroby zakaźne?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
25. Żółtaczką zakaźną typu A?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
26. AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
27. Gruźlica?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
28. Żółtaczką zakaźną typu B?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
29. Żółtaczką zakaźną typu C?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
30. Choroby weneryczne?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
31. Choroba reumatyczna?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
32. Osteoporoza?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
33. Choroby układu kostno-stawowego: bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
34. Choroby skóry?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
35. Opryszczka?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
36. Inne dolegliwości, jakie? .....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
37. Czy dobrze zniósł/a Pan(i) znieczulenie?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
38. Czy miał/a Pan(i) przetaczaną krew?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
39. Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak, to ile i od kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
40. Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24h?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
41. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jeśli tak, to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
42. Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, Accutane, Izotek? Jeśli tak to proszę przyjąć datę ostatniego przyjęcia leku.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
43. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? Jeśli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
44. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? Zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe? Jeśli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
45. Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa/bakteryjna?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
46. Czy często się Pan(i) opala?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
47. Czy używa Pan(i) kremów z filtrem?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
48. Czy używał/a Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z filtrem?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
49. Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi? Jeśli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
50. Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak to, w którym miesiącu?.....	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
51. Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie

**Formularz świadomej zgody na badanie**

Oświadczam, że dnia \_\_/\_\_/20\_\_r. w rozmowie z lekarzem .....

1. Zostałam/em poinformowana/y, iż efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.
2. Poinformowano mnie o sposobie i metodzie przeprowadzenia zabiegu oraz **ryzyku** związanym z zabiegiem i możliwych powikłaniach.
3. Umożliwiono mi **zadawanie pytań** dotyczących zabiegu i uzyskałam/łem na nie wyczerpujące odpowiedzi.
4. Zostałam/łem poinformowana/y, że w każdej chwili **mogę cofnąć zgodę na zabieg**.
5. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie moich przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwości, schorzeń i chorób, przyjmowanych leków, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o przebytych zabiegach oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny, przyjmowanych używkach, w szczególności takich jak alkohol, nikotyna oraz ilości i częstotliwości ich przyjmowania.
6. Jestem świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza, a moimi oczekiwaniami.
7. Jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do roszczeń odszkodowawczych.

**Zaznacz właściwą kratkę znakiem X**

<input type="checkbox"/> <b><u>Wyrażam świadomą zgodę</u></b> na proponowane badanie	<input type="checkbox"/> <b><u>Nie wyrażam zgody</u></b> na proponowane mi badanie
..... Czytelny podpis pacjenta	..... pieczętka i podpis lekarza