

MEDYCYNA ESTETYCZNA LEGNICA

Dr. M. M. M.

59-220 Legnica ul. Piekarska 7 gab. 414 tel. 884 663 778

Karta Pacjenta

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

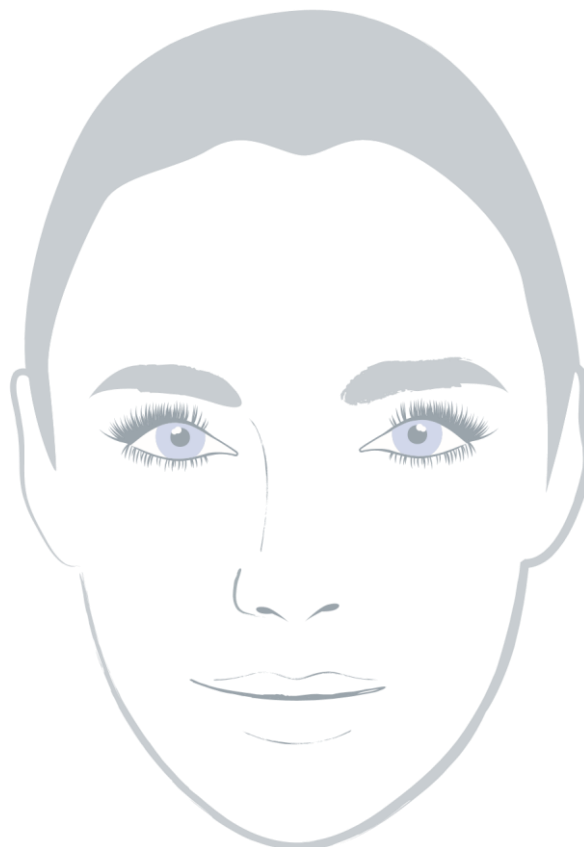
Adres:

.....

.....

Adres e-mail:

Nr telefonu:



Formularz wizyty

Data wizyty:

Wizyta kontrolna:

Azallure® nr serii:

Zalecane dawki i miejsca podania:

Informacje dotyczące zastosowania terapii toksyną botulinową

- 1. Czy kiedykolwiek wcześniej miałaś/miałeś wykonywane zabiegi z użyciem toksyny botulinowej? Tak Nie
Jeśli tak, to czy w trakcie podania wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? Tak Nie
Jeśli tak, to jakie?
- 2. Czy kiedykolwiek byłaś/byłeś poddawana/poddawany zabiegom chirurgicznym w okolicy twarzy? Tak Nie
Jeśli tak to jakim?
- 3. Czy kiedykolwiek byłaś/byłeś poddawana/poddawany zabiegom dermabrazji, terapii światłem
albo terapii przy użyciu chemicznych peelingów? Tak Nie
Jeśli tak, to czy wystąpiły jakieś powikłania? Tak Nie
- 4. Czy cierpisz na podane poniżej schorzenia:
zaburzenia barwnikowe skóry Tak Nie
skłonność do tworzenia blizn przerostowych Tak Nie
nadwrażliwość na światło Tak Nie
wirus opryszczki pospolitej Tak Nie
choroby mięśni Tak Nie
zaburzenia psychiczne lub emocjonalne (np. padaczka, paraliż, depresja) Tak Nie
- 5. Czy zażywaś lub ostatnio zażywałaś/zażywałeś przewlekłe leki?..... Tak Nie
Jeśli tak to jakie?
- 6. Czy ostatnio stosowałaś/stosowałeś leki przeciwbólowe, antykoagulanty
(np. Aspiryna lub inne) Tak Nie
- 7. Czy cierpisz na schorzenia układu krążenia lub mięśnia sercowego? Tak Nie
Jeśli tak, to na jakie?
- 8. Czy cierpisz na zaburzenia układu krzepnięcia np. krwotoki z nosa, skłonność do tworzenia się siniaków? Tak Nie
- 9. Czy zaobserwowałaś/zaobserwowałeś u siebie osłabienie zdolności połykania Tak Nie
- 10. Czy Ty lub ktokolwiek z Twojej rodziny cierpi na jakieś dziedziczne choroby takie jak myasthenia gravis,
osłabienie mięśniowe? Tak Nie
- 11. Czy zaobserwowano u Ciebie reakcje nadwrażliwości lub alergię na produkty zawierające kolagen, lidokainę,
lateks, materiały opatrunkowe, leki przeciwbólowe, anestetyki, inne leki lub inne składniki pokarmowe?..... Tak Nie
- 12. Czy obserwujesz lub zaobserwowałaś po poprzednim zabiegu toksyną botulinową obrzęki limfatyczne pod oczami. Tak Nie
- 13. Pytania do kobiet w wieku rozrodczym:
Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? Tak Nie
Czy starasz się o dziecko lub jesteś przygotowywana do zabiegu in vitro? Tak Nie
Czy wystąpił u Ciebie nowotwór piersi? Tak Nie
Czy był usuwany razem z węzłami chłonnyymi? Tak Nie

Zgoda Pacjenta na zabieg z użyciem produktu AZZALURE®

Imię i nazwisko Pacjenta:

Rok urodzenia:

Zgoda na zabieg:

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu toksyny botulinowej o nazwie Azzalure.

Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że przed zabiegiem nie wykonuje się prób alergicznych.

Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że w dniu zabiegu i w dzień po zabiegu należy unikać masażu twarzy, sauny, łaźni tureckiej, wszystkich zabiegów rozszerzających naczynia, nadmiernej gimnastyki.

Zostałem poinformowany, że warunkiem wykonania zabiegu jest sporządzenie dokumentacji fotograficznej mojego wizerunku przed i po zabiegu, na co wyrażam zgodę.

Oświadczam również, że zapoznałam/zapoznałem się z przeciwwskazaniami dotyczącymi zastosowania preparatu Azzalure, do których należą:

- nadwrażliwość na substancję czynną toksynę botulinową lub na którykolwiek ze składników preparatu
- uogólnione zaburzenia czynności mięśniowej (myasthenia gravis, zespół Lamberta-Eatona)
- obecność zakażenia lub stanu zapalnego w miejscu planowanego wstrzyknięcia
- ciąża i okres karmienia piersią

Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić po wykonaniu zabiegu, do których należą:

- zaczerwienienie w miejscu wstrzyknięcia
- ból w miejscu wstrzyknięcia
- opadnięcie powieki
- krwaki, opuchlizna, obrzęk, rumień
- ból głowy
- zaburzenia mięśniowe (podniesienie brwi) • uczucie ciężkości

W trakcie rozmowy miałam/miałem możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi ze strony lekarza.

Dodatkowo poinformowano mnie, że zmniejszenie zmarszczek mimicznych zazwyczaj obserwuje się w ciągu 2-3 dni po wstrzyknięciu produktu, a maksymalny efekt występuje po 30 dniach. Odstęp między kolejnymi sesjami wstrzyknięć produktu nie powinien być krótszy niż 3 miesiące.

Okres utrzymania się efektów, może się różnić w zależności od indywidualnych uwarunkowań każdego pacjenta.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłam/zataiłem żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu z wykorzystaniem produktu Azzalure.

Data: Czytelny Podpis Pacjenta:

Uwagi lekarza:

Podpis lekarza: