

VÝPLŇOVÉ MATERIÁLY S KYSELINOU HYALURONOVOU– PRODUKTY TEOSYAL

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Klient/ka:.....

R.Č.:.....

Telefon:

.....

Email:.....

Ošetřované místo:

.....

.....

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Kyselina hyaluronová, je přírodní, tělu vlastní látka. Mezi její nespočetné výhody patří schopnost vázat na sebe vodu. Zákrok slouží především ke korekci vrásek a kosmetické úpravě požadovaných partií, které jsou téměř okamžitě plnější a vyhlazenější. Výplň kyselinou hyaluronovou je využívána také jako prevence před vznikem hlubokých vrásek. Samotný výkon trvá přibližně 20 minut a výsledný efekt je znatelný po dobu 6-18 měsíců, podle typu zvolené výplně. Látka se poté postupně vstřebává. Zákrok je tak možné následně opakovat. V případě hlubokých vrásek nebo postupné modelace je vhodné očekávat nutnost opakování ošetření po 6-8 týdnech pro dosažení žádaného efektu.

OPATŘENÍ PŘED ZÁKROKEM

Týden před aplikací výplňového materiálu se nedoporučuje užívat vysoké dávky aspirinu, vitamínu E, léky proti zánětům a bolesti a léky proti srážlivosti krve.

PRŮBĚH ZÁKROKU

Po důsledné konzultaci Vám smyjeme make-up a místo vydezinfikujeme. Lékař Vám aplikuje do vybrané oblasti výplňový materiál tenkou jehlou nebo kanylou. Po předchozí domluvě lze použít lokální anestezii ke zmírnění nepříjemných projevů při aplikaci.

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY SPOJENÉ SE ZÁKROKEM

Jelikož je kyselina hyaluronová látka tělu vlastní, rizika jsou minimální. Mohou se však vyskytnout tyto nežádoucí účinky :

- Otok, zarudnutí, svědění, mírná bolest v místě vpichu, drobné modřinky
- Mírné místní krvácení, zatvrdlý uzlík v místě vpichu
- V ojedinělých případech změna zbarvení kůže v místě vpichu
- Lehká asymetrie ošetřené oblasti, nedostatečný nebo přehnaný účinek
- V případě ošetření rtů mohou tyto reakce odeznívat delší dobu, až 1 týden

Pokud výše uvedené nežádoucí účinky přetrvávají déle než 1 týden, informujte prosím o Vašem stavu ošetřujícího lékaře, který navrhne další postup.

Důležité upozornění!

Ve vzácných případech může dojít k aplikaci kyseliny hyaluronové do oblasti přívodní krevní cévy (artérie), což může vést k zastavení průtoku krve v oblasti, kterou tato céva zásobuje. Tento stav se velmi časně po zákroku projeví **bolestí, otokem, zblednutím nebo až zfialováním oblasti**, kterou daná céva zásobuje. V případě, že se stav ponechá neřešený může dojít k úplné **nekróze (odumření)** zásobované oblasti. Tato posléze vede k tvorbě **jizvy**, která už nikdy nebude mít kvalitu zdravé tkáně. V extrémně vzácných případech, které jsou ale v literatuře popsány, může dojít přes anastomózy (cévní spojky) k zanesení sraženiny z kyseliny hyaluronové až do oblasti řečiště **oční tepny s následnou ztrátou zraku**. Může k tomu dojít i v případě aplikace výplně do úplně odlišné oblasti obličeje, která na první pohled nemusí s oční oblastí vůbec souviset. Oba výše popsané stavy jsou řešitelné v případě, že se léčba zahájí co nejdříve a provádí jí zkušený lékař, v případě postižení oka ve spolupráci s očním specialistou. K této léčbě musí dojít bez jakéhokoliv prodlení, zejména pokud se jedná o podezření na postižení oka. Zkušený lékař (injektor) je speciálně vyškolený i ke zvládnutí těchto nežádoucích účinků, je pro ně lékově i odborně vybaven a dokáže i případnou nežádoucí aplikaci do krevní artérie zvládnout bez dlouhodobých následků.

KONTRAINDIKACE

- Těhotenství, kojení
- Alergie na aplikovanou látku
- Neurologická onemocnění
- Infekční onemocnění
- Porucha srážlivosti krve (posoudí lékař)

DOPORUČENÍ PO ZÁKROKU

- Nedotýkejte se ošetřené oblasti po dobu 4 hodin pro zamezení vzniku infekce. Následně je možné oblast lehce omýt jemnou micelární vodou poté lze použít lehký make-up.
- Dokud nezmizí počáteční otok a zarudnutí, nevystavujte se intenzivnímu teplu (solária, opalování, sauna) a ani silnému chladu.
- Po dobu 2 týdnů vynechat kosmetickou masáž obličeje nebo jakékoliv zásahy v ošetřované oblasti.
- 2 dny po aplikaci dodržovat klidový režim bez větší fyzické námahy nebo emočních projevů.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony .

Souhlasím s pořizováním fotodokumentace z důvodu objektivního zhodnocení výsledku.

Datum podpisu:.....

Podpis klienta/ky :Podpis lékaře

