

INFORMOVANÝ SOUHLAS K TERAPII ENDOLIFT® pomocí přístroje LASEmaR® 1500

OBECNÉ INFORMACE

Níže podepsaný....., narozen.....
dne Trvale bytem.....

před podstoupením laserového ošetření Endolift® prohlašuji, že:

- jsem byl/a informován/a, že dosavadní mezinárodní výzkumy prováděné v oblasti používání laseru a klinické výsledky ukazují, že laserová léčba je bezpečná, ačkoli neexistuje žádná záruka, že laserová léčba zcela odstraní lézi, patologii a/nebo nedokonalost předmětu léčby;
- beru na vědomí, že laserová léčba může přinést pouze dočasné výsledky;
- si jsem vědom toho, že vzhledem k různým individuálním reakcím není možné a priori přesně vyčíslit procento zlepšení odstraňované vady, rozsah a dobu trvání výsledku a počet sezení nutných k dosažení očekávaného výsledku;
- akceptuji jakékoli estetické a/nebo funkční obtíže (zarudnutí, otok, popálení, drobné podkožní krvácení, hematom, vřed, oděrka, bolest, parestázie, dysestázie, "pop-corn" efekt atd.) v průběhu zákroku a v období po zákroku/ošetření v různé délce trvání; konkrétně připouštím, že se v ošetřované oblasti mohou objevit jak popáleniny kůže různého stupně a druhu, které lze přičíst různým fotobiologickým výsledkům u každého pacienta v závislosti na individuálních reakcích organismu, nikoli na použitých biomedicínských technikách a technologiích, tak i výskyt změn citlivosti, jako je dysestázie, anestezie, hyperestázie a parestázie, nebo dočasné poškození nervů trvajících od několika dnů do několika měsíců, jako je neurapraxie, která by se mohla projevit dočasnými změnami mimiky obličeje (zejména úst); velmi vzácné, ale možné poškození a přerušení optického vlákna může vést k nutnosti odstranění malého fragmentu pomocí kožní mikroincize.
- Jsem si vědom/a, že moje kůže má v ošetřované oblasti již existující a/nebo jizevnaté defekty:
.....
.....
.....
.....
.....
- Byl/a jsem seznámen/a s alternativními způsoby léčby, jejich omezeními a komplikacemi, které mi byly vyčerpávajícím způsobem vysvětleny;
- Jsem si vědom/a toho, že v některých případech mohou na ošetřené kůži dlouhodobě přetrvávat tmavší nebo světlejší skvrny v důsledku individuální přecitlivělosti;

- informace o zákroku/léčbě a možných výsledcích, které mi byly poskytnuty, jsou obsáhlé, pravdivé, realistické a úplné, což lze na mou žádost doplnit také nahlédnutím do vědecké dokumentace týkající se konkrétního případu, kterou odborník zveřejnil na vysoce odborných konferencích;
- souhlasím s tím, že budu dodržovat lékařské a fyzikální terapie a opatření po léčbě, které mi byly indikovány a doporučeny, jakož i indikované kontroly, a jsem si vědom/a, že jinak bych mohl/a ohrozit konečný výsledek;
- souhlasím, že budu dodržovat lékařské a fyzikální terapie, které mi byly indikovány, a že budu užívat předepsané léky a podrobím se pooperačním kontrolám, které mi lékař předepíše, aby byl výsledek léčby co nejlepší. Neoprávněně vyhýbání se z mé strany výše uvedeným, jakož i lékům a/nebo kontrola pooperačního průběhu prováděná jiným a jinými odborníky bez předchozího písemného souhlasu Lékaře, který provedl ošetření Endolift®, automaticky zbavuje samotného Lékaře jakékoli odpovědnosti;
- Souhlasím s fotografováním před, během a po ošetření za účelem dokumentace, kterou se Lékař zavazuje použít pouze ve vědecko-didaktických souvislostech, pokud bude zachována moje anonymita;
- souhlasím s tím, že v případě možných komplikací a po dohodě s Lékařem dávám od nynějška souhlas s úpravou probíhající léčby;
- souhlasím s tím, že respektování rad Lékaře je nezbytné jak pro úspěch zákroku, tak pro předcházení komplikacím a rizikům.

SPECIFICKÉ INFORMACE

Terapie ENDOLIFT® pomocí přístroje LASEmaR® 1500 je novou metodou, která podporuje především "vypnutí pokožky" neboli její ztuhnutí a remodelaci; v případě potřeby dokáže také šetrně rozpustit a odstranit malé množství přebytečného tuku v ošetřované oblasti.

FUNKČNÍ PRINCIP

Hlavním rysem ošetření Endolift® je schopnost zahřát měkké tkáně, čímž se podkožní struktury, s nimiž přichází laserové vlákno do kontaktu, zahřejí na vysokou teplotu (tukové lalůčky se částečně rozpustí, cévy koagulují, vazivové tkáně se stáhnou a remodelují). Minimálně invazivní zákrok se provádí laserovými optickými vlákny o velikosti v řádu mikrometrů (mikronů), tedy obzvláště malými, zavedenými přímo pod kůži bez řezů nebo incízií.

KONTRAINDIKACE A RIZIKA

Léčba je kontraindikována:

- těhotným ženám;

- osobám s trvalými nebo obtížně se hojícími kožními potížemi, odřeninami, ranami, lokalizovanými patologiemi kůže v ošetřované oblasti;
- osobám se spastickou paralýzou;
- osobám trpícím trombózou a/nebo tromboflebitidou;
- osobám se závažnou poruchou funkce jater nebo ledvin nebo osobám postiženým dyslipidemií (hypertriglyceridemií nebo hypercholesterolémií);
- pacientům po transplantaci;
- osobám podstupujícím dlouhodobou antikoagulační léčbu;
- osobám se zhoubnými novotvary (onkologickým pacientům).

OBLASTI POUŽITÍ

Touto metodou se obvykle ošetřují oblasti obličeje, krku a těla s ochablou kůží a nadměrným množstvím tuku.

METODA A PROTOKOLY

Terapeutický cyklus obvykle předpokládá variabilní počet jednoho nebo dvou sezení ročně, v závislosti na rozsahu ošetřované oblasti a struktuře kůže.

Ošetření je téměř bezbolestné a minimálně invazivní, avšak po první aplikaci nemusí být z důvodu mírného a lokálního otoku patrné zpevnění kůže a/nebo redukce tuku. Výsledky budou zřetelnější po ustoupení otoku.

VÝSLEDKY

Výrazné výsledky této techniky lze také prokázat vyhodnocením fotografií pořízených před ošetřením, v jeho průběhu a po něm. Konečný výsledek by měl být vyhodnocen nejdříve tři měsíce po ošetření. Během tří měsíců po ošetření se mohou objevit fáze zjevného zhoršení výsledku nebo zhoršení v důsledku biologických účinků remodelace tkání.

Při sebemenší pochybnosti o abnormálním průběhu v období po léčbě nebo při jakémkoli jiném problému týkajícím se léčby se okamžitě obraťte na svého lékaře.

Já, _____ níže _____ podepsaný
.....

prohlašuji, že jsem si přečetl obsah obecných a specifických informací, že jsem porozuměl každému pojmu, přičemž nejasné pojmy i specifická lékařská terminologie mi byly vysvětleny

jednoduchým způsobem a byly jednoznačně pochopeny. Prohlašuji, že jsem měl/a možnost prodiskutovat své pochybnosti s lékařem a vše mi bylo vysvětleno. Potvrzuji, že jsem absolvoval/a obsáhlý pohovor, během něhož jsem byl/a seznámen/a s povahou své patologie a/nebo nedokonalosti, typem navrhované léčby s přínosy a případnými riziky s ní spojenými. Byl/a jsem rovněž informován/a o všech předpokládaných terapeutických možnostech v mém případě. Jsem si vědom/a, že v průběhu léčby mohou být podle lékařského posudku nezbytné další nebo jiné postupy než ty, které mi byly předtím názorně prezentovány.

Potvrzuji, že jsem obdržel/a úplné informace a že jsem obdržel/a odpovědi na všechny své otázky.

Beru na vědomí, že s diagnostickými a terapeutickými postupy jsou spojena potenciální rizika a že případné nežádoucí účinky nelze vždy předvídat.

Místo a datum _____

Podpis lékaře _____

Podpis pacienta _____