

Aplikace biostimulační výplně - Nucleofill

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Klient/ka:.....

R.Č.:.....

Telefon:

Email:.....

Ošetřované místo:

.....
.....

Na základě Vašeho požadavku a předchozího vyšetření/ konzultace, Vám bylo ošetřujícím lékařem navrženo ošetření Vaší pleti metodou tekutý lifting RADIESSE. Máte právo se o podstoupení zákroku svobodně rozhodnout, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení výkonů je potřeba Vašeho souhlasu.

INFORMACE O ZÁKROKU

Inovativní řada bio stimulujících produktů na bázi přírodních polynukleotidů. Trojitě působení na buněčné úrovni poskytuje efekt výrazného a dlouhodobého omlazení. Pokožka je uváděná do procesu biostimulace, je zahuštěná, zpevněná a jsou zahájeny procesy regenerace. Navíc má preparát antioxidační a hydratační účinky.

Jedná se o dokonalé řešení v případě kožních problémů, jako je ztráta oválnosti tváře, elasticity a ochablost kůže na krku či rukou. Polynukleotidy působí na receptory fibroblastů v kůži. Tento proces podporuje tvorbu kolagenu a elastinu, dále aktivuje fibroblasty, které se nacházejí ve fázi odpočinku. Díky tomu dochází k přirozenému liftingu. Zákrok je možné provést nezávisle na věku, pohlaví a druhu kůže.

Ošetření vlasové pokožky je doporučováno ve všech případech, kdy dochází k oslabení vlasových kořínek - počáteční stadium alopecie, androgenetická alopecie, předoperační a pooperační léčba (transplantace), poporodní řídnutí vlasů, řídnutí obočí a řídnutí vousů.

PRŮBĚH ZÁKROKU

Po důkladném odličení a následné desinfekci kůže lékař ošetří vybranou oblast.

Přípravek je aplikován pomocí sterilní stříkačky a jemné jehly nebo kanyly. Volbu jehly a postup vpichu stanoví ošetřující lékař. Po domluvě lze použít lokální anestezii pro znecitlivění v dané oblasti. Okamžitě po podání je třeba ošetřené místo jemně masírovat, aby se přípravek rovnoměrně rozložil.

OPATŘENÍ PŘED ZÁKROKEM

Týden před zákrokem se nedoporučuje užívat vysoké dávky aspirinu, vitamínu E, léky proti zánětu a bolesti a ani léky proti srážlivosti krve.

V den zákroku nekonzumujte kofeinové nápoje a silné čaje.

KONTRAINDIKACE

- Nepoužívat u pacientů alergických na složky produktu.
- Nepoužívat v případě nahromadění tukové tkáně v oblasti dolních víček (tukové váčky).
- Nepoužívat v případě otoku dolních víček (váčky s tekutinou).
- Nepoužívat u pacientů s poruchami: krevního oběhu, přetrvávajícími záněty kůže, epilepsií, cukrovkou, aktivní infekcí herpes virem, infekčním kožním onemocněním, minulým nebo současným autoimunitním onemocněním, těžkými alergiemi.
- Nepoužívat u těhotných a kojících žen.
- Nepoužívat u osob mladších 18 let.

DOPORUČENÍ PO ZÁKROKU

- Nedotýkejte se ošetřované oblasti po dobu 4 hodin po zákroku pro zamezení vzniku infekce. Následně je možné oblast lehce omýt jemnou pleťovou vodou. Následující dny lze použít lehký make-up. Dokud nezmizí počáteční otok

a zarudnutí nevystavujte ošetřovanou oblast intenzivnímu teplu (solária, opalování, sauna) a ani silnému chladu.

- 2 dny po ošetření dodržovat klidový režim bez větší fyzické námahy nebo emočních projevů
- 2 týdny vynechat kosmetickou masáž obličeje nebo jakékoliv zásahy v ošetřované oblasti.

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY SPOJENÉ SE ZÁKROKEM

Jelikož NUCLEOFILL je hypoalergenní přípravek, rizika jsou minimální. Mohou se však vyskytnout tyto nežádoucí účinky.

- Otok, zarudnutí, svědění, mírná bolest v místě vpichu.
- Mírné místní krvácení, zatvrdlý uzlík v místě vpichu, drobné modřinky.
- V ojedinělých případech změna zbarvení kůže v místě vpichu, projevy podobné akné, alergická reakce
- Lehká asymetrie obličeje, nedostatečný nebo přehnaný účinek.

Pokud výše zmíněné nežádoucí účinky přetrvávají déle než týden, informujte ošetřujícího lékaře, který Vám navrhne následný postup.

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 nikoli. Prohlašuji, že 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 hodnocení výsledku.

Datum podpisu:.....

Podpis klienta/ky :

Podpis lékaře.....