Witwicki
CHIRURGIA PLASTYCZNA

dr n. med. Tadeusz Witwicki
mail: gabinet@drwitwicki.pl
tel.: 728-840-465
www.drwitwicki.pl

Formularz Świadomej Zgody Pacjenta na zabieg nićmi Aptos

Imię: .....

Nazwisko .....

Pesel: .....

Adres .....

telefon .....

mail .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu medycyny estetycznej mającego na celu korekcję defektu mojego wyglądu za pomocą nici Aptos.
Zostałam/em poinformowana/y, że nici Aptos są wyrobem medycznym, posiadającym Certyfikat CE

Niniejszy dokument zawiera niezbędne dla mnie informacje, dające możliwość zapoznania się ze specyfiką sugerowanego zabiegu Aptos i wyrażenia zgody lub odmowy przeprowadzenia go w warunkach ambulatoryjnych lub warunkach sali chirurgicznej.

Zostałam/em poinformowana/y o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zabiegu nićmi Aptos.
Zostałam/em poinformowana/y, że zabieg odbywa się w znieczuleniu miejscowym wprowadzanym podskórnie.
Zostałam/em poinformowana/y o zaletach oraz powikłaniach związanych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego, które mogą objawić się różnymi alergicznymi reakcjami (wstrząs anafilaktyczny, obrzęk Quinckego, omdlenie, utrata przytomności) oraz krwiakami w miejscu wkłucia.
Zostałam/em poinformowana/y o uczuciu bólu towarzyszącemu zabiegowi, wyrażającym się pieczeniem, szczypaniem, uciskiem, napięciem.
Zostałam/em poinformowana/y o mogących wystąpić odczuciach wrażliwości skóry w obszarze twarzy i głowy.
Zostałam/em poinformowana/y o obrzęku, który jest nieunikniony po zabiegu, zwłaszcza intensywny obrzęk w trzecim dniu po zabiegu.
Zostałam/em poinformowana/y o średnim czasie utrzymywania się efektów po zabiegowych

- 1,5 – 2 lata w przypadku nici wchłanialnych
- 3-5 lat nici stałe z wypustami
- 5-7 lat nici stałe gładkie mocowane do tkanek za pomocą szwu chirurgicznego, z możliwością jego ponownego założenia po paru latach w nowym miejscu w celu podciągnięcia nici i wydłużenia efektu zabiegowego

Jestem przygotowana/y na to, że

a) obrzęk może utrzymywać się w ciągu 2 tygodni, asymetria twarzy, siniaki mogą być widoczne w okresie dłuższym niż 2 tygodnie. Dalej, nawracający obrzęk może pojawiać się w porze porannej, lekka asymetria twarzy może występować w czasie powyżej 2 miesięcy od zabiegu;

b) ból będzie utrzymywał się szczególnie w pierwszych dniach (w miejscach wkłucia i w miejscu zaimplantowania produktu Aptos)

W pełni poinformowana/y o przeciwwskazaniach do zabiegu niniejszym oświadczam, że nie cierpię na wymienione poniżej choroby i schorzenia:

- choroba autoimmunologiczna
- ciężka choroba fizyczna
- kolagenoza
- choroba niedokrwienna serca
- nadciśnienie II i III stopnia
- hemofilia
- zaburzenia psychiczne i neurotyczne
- nowotwory
- choroby zakaźne
- stany zapalne
- opryszczka
- zaburzenia krzepnięcia krwi

Zaświadczam również, że

- nie jestem w ciąży
- nie karmię dziecka piersią
- nie przyjmuję leków przeciwzakrzepowych
- nie wszczepiano mi nierozpuszczalnych implantów w obszarze planowanej interwencji
- nie występuje u mnie tendencja do przerostu i bliznowacenia (tworzenie keloidów)
- nie występuje u mnie potwierdzona nadwrażliwość na preparaty stosowane w trakcie procedury
  (kwas polimlekowy, polikaprolakton, Lidocaina, Adrenalina, Ubistesin Forte)

Oświadczam, że zostałam/em szczegółowo poinformowana/y o zaleceniach po zabiegowych, których przestrzeganie ma na celu umożliwić prawidłowy proces rekonwalescencji (załącznik nr 2).

W związku z powyższym **zobowiązuję się do:**

- przykładania zimnych kompresów w obszarze wykonanej procedury w okresie pierwszej doby od zabiegu
- przecierania miejsc wkłucia i wprowadzenia igły roztworem na bazie spirytusu przez okres 2-3 dni od zabiegu
- powstrzymywania się od spożywania gorących napojów i posiłków przez okres 2-3 dni od zabiegu
- powstrzymania się od spożywania alkoholu w okresie 2 tygodni od zabiegu
- ograniczenia aktywności mimiki twarzy (nie jeść hamburgerów, głośno się nie śmiać) przez okres
  2 tygodni od zabiegu oraz unikania wysiłku (np. fitness)
- nie stosowania żadnego masażu twarzy i ciała oraz nie korzystania z intensywnego

dr n. med. Tadeusz Witwicki
mail: gabinet@drwitwicki.pl
tel.: 728-840-465
www.drwitwicki.pl

rozgrzewania, np. w saunie przez okres 2 tygodni od zabiegu
- nie korzystania z basenu przez okres 2 tygodni od zabiegu
- nie stosowania w obszarze zabiegowym żadnych zabiegów rozgrzewających (w tym laserów, fali radiowej, ultradźwiękowej itp.) przez okres nie krótszy niż miesiąc od zabiegu implantacji nici, a najlepiej dwa miesiące.
- nie stosowania w obszarze zabiegowym głębokiego masażu, fizjoterapii (wyjątek: mikroprądy, kriolift) i innych technik – śródskórnie przez okres 2 miesięcy

Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku odczuwania bólu mogę zastosować środki przeciwbólowe. W celu przyspieszenia procesu gojenia jak również i redukcji obrzęków zalecono mi smarowanie miejsc poddanych zabiegowi i miejsc wkłucia (bezpośrednio na ranę) kosmeceutykiem **L.C.E. Balm francuskiej firmy Cebelia**, w celu przyspieszenia wchłaniania krwiaków zalecono smarowanie maścią heparynową, żelem typu Arnika, Lioton, Traumel, Emalan. Zalecono mi także przyjmowanie homeopatii w postaci **Arniki** 1:1000 w granulkach (5 granulek 2 razy dziennie pod język) oraz tabletek **Repari**l 2 x po 1 tabletce przez okres 1 tygodnia od zabiegu.

Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku implantacji większej liczby nici niż wynikającej z 1 opakowania lub przy osłabionej odporności zaleca się stosowanie antybiotyku: Cifran (Ciprofloxacinum) lub **Cipronex 500** po 1 tabletce 2 razy dziennie lub innego zaleconego przez lekarza w ciągu 3-4 dni.

Zostałam/em poinformowana/y, że powikłania po zabiegu liftingu za pomocą nici Aptos zdarzają się niezwykle rzadko.

Zostałam/em poinformowana/y, że w sytuacji zaobserwowania zaburzeń pooperacyjnych w postaci podwyższonej temperatury ponad 37,5 °C, pulsującego bólu, zauważalnej asymetrii, pogłębiania się obrzęku jestem zobowiązany do natychmiastowego zgłoszenia się do lekarza

Zostałam/em poinformowana/y, że w niektórych sytuacjach może być wymagana konsultacja chirurgiczna.

Zostało mi przekazane zalecenie umówienia się na standardową wizytę kontrolną po zabiegu.

W pełni zdaję sobie sprawę, że niezastosowanie się do zaleceń i wymagań lekarza może wywołać lokalne lub ogólne powikłania lub przyczynić się do ich rozwoju. To z kolei może wpłynąć na pogorszenie efektu zabiegu, wydłużenie czasu trwania gojenia a w niektórych przypadkach może wymagać przeprowadzenia powtórnego zabiegu.
Niniejszym, oświadczam, że jeśli stanie się to z mojej winy, poniosę osobistą odpowiedzialność (z odpowiedzialnością finansową włącznie).

Oświadczam, że zapoznałam/em się wnikliwie z treścią formularza.
Uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadawane przeze mnie pytania dotyczące planowanego zabiegu.
Wszelkie wyjaśnienia przekazano mi w dostatecznie zrozumiałym dla mnie języku. Miałam/em dostatecznie dużo czasu na rozważenie uzyskanych informacji w związku z czym świadomie decyduję się na wykonanie u mnie zabiegu nićmi Aptos.

W trakcie zabiegu zaimplantowano nici:

nazwa i nr LOT ….....

nazwa i nr LOT ….....

nazwa i nr LOT ….....

Podano znieczulenie : .....

Przypisano leki: ….....

Podpis Lekarza Czytelny podpis Pacjenta

Data

dr n. med. Tadeusz Witwicki
mail: gabinet@drwitwicki.pl
tel.: 728-840-465
www.drwitwicki.pl

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH - NEWSLETTER:

Chcę zapisać się na newsletter, a co za tym idzie, wyrażam zgodę na sporadyczne przesyłanie na mój adres e-mail informacji o nowościach, promocjach i wydarzeniach pochodzących od Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa. Wiem, że w każdej chwili będę mogła/mógł wycofać zgodę.

e-mail: …….. Podpis: ……..

Chcemy działać zgodnie z prawem, dlatego przekazujemy Ci komplet informacji związanych z ochroną Twoich danych osobowych:

- administrator danych osobowych: Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa, e-mail: gabinet@drwitwicki.pl,
- cel przetwarzania danych: wysyłka newslettera,
- odbiorca danych: Freshmail – dostawca systemu Freshmail, w którym przetwarzane są dane,
- podstawa prawna przetwarzania danych: art. 6 ust. 1 lit. a RODO,
- dane będą przetwarzane przez czas funkcjonowania newslettera, chyba że wcześniej zrezygnujesz z jego otrzymywania, co spowoduje usunięcie danych,
- masz prawo do: żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w celu wysyłki newslettera, wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne, by otrzymywać newsletter.