

PRISTANAK NA INJEKCIJSKU TERAPIJU

PREZIME:

IME:

Pristajem na injekcijsku terapiju dermalnim filerima ili injekcijsku terapiju botulinum toksinom tipa A.

Primjena i rezultati injekcijske terapije su mi jasno objašnjeni od strane liječnika.

1. Dobila/ dobio sam i razumio informacije koje pruža proizvođač dermalnih filera/botulinuma toxina tipa A od strane liječnika. Imala/imao sam priliku pitati sva potrebna pitanja.
2. Razumijem sve prije i poslije injekcijske savjete i preporuke i pristajem ih se pridržavati.
3. Imala/imao sam vremena razmotriti sve sve podatke i donjeti odluku na temelju tih podataka.
4. Jasno sam upozorena/ upozoren na sve nuspojave i moguće rijetke medicinske recidive.
5. Dajem pristanak na injekcijsku terapiju.

Dvije kopije ovog dokumenta se moraju potpisati: Jedan primjerak za liječnika

Drugi primjerak za medicinsku evidenciju.

Potpis pacijenta:

Datum:

Potpis liječnika:

Datum:

MEDICINSKI UPITNIK PRIJE INJEKCIJSKE TERAPIJE
DERMALNIM FILERIMA ILI BOTULINUM TOXINOM TIPA A

Prezime: _____ Dob: _____

Ime: _____ Muško Žensko

Bavite li se sportom?

Ne da

Jeste li trudni ili dojite?

Ne da

Imate li prijašnjih tegoba?

Ne da (opis medicinskih problema)

Uzimate li trenutno terapiju?

Ne da (koju terapiju uzimate)

Jeste li imali operacije?

Ne da (vrsta operacije i datum)

Jeste li bili ikad na estetskoj operaciji?

(lifting, liposukcija, nos, čeljust, transplantat kose, operacija dojki ili slične zahvate?)

Ne da (koju?)

Vrijeme operacije: manje od mjeseca manje od 3 mjeseca manje od 6 mjeseci
 manje od godine više od godine

Jeste li imali problema s cijeljenjem nakon operacije ili traume?

Ne da (koje?)

Jeste li se podvrgavali estetskim postupcima?

Ne Laser Peeling Dermabrazija Injekcijska terapija Zlatna žica Ultrazvuk

Druga vrsta terapije _____

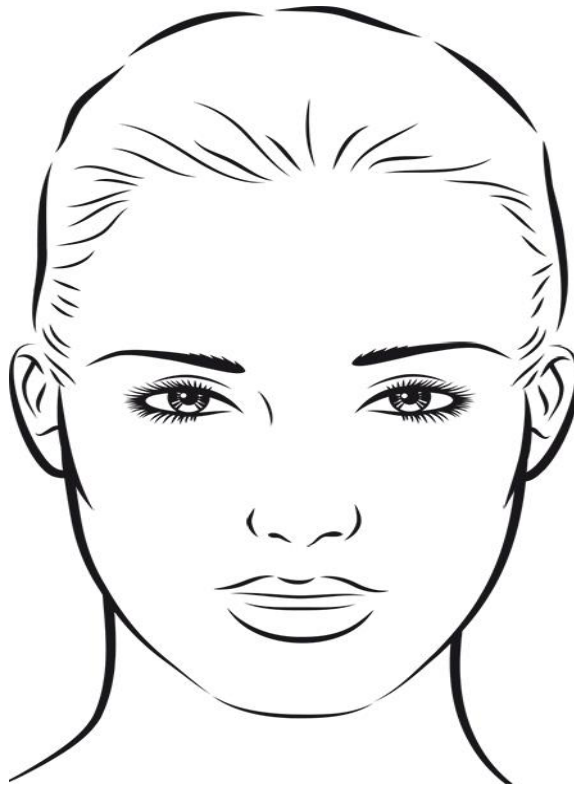
Vrijeme: manje od mjeseca; manje od 6 mjeseci; manje od godine; više od godine

Jesu li prethodne estetske procedure izazvale ikakve neželjene reakcije?

Ne da (koje?)

Jeste li već bili na injekcijskoj terapiji popunjavanja bora?

Ne da, molimo da označite područja na slici



Jeste li ikad bili na mezoterapiji?

Ne da (koje područje i ime proizvoda)

Vrijeme: manje od mjeseca manje od 6 mjeseci manje od godine više od godine

Imate li ikakvu vrstu preosjetljivosti ili alergija? (prehrambene, kozmetičke, hijaluronska kiselina, latex, lidokain, vitamini...)

Ne da (koje?)

Jeste li imali tokom stomatoloških zahvata problema s anestezijom?

Ne da (koje?)

Jeste li nedavno imali stomatološke zahvate?

Ne nedavno manje od tjedna manje od mjeseca

Imate li stomatološke zahvate zakazane tokom sljedećih par dana?

Ne da (koji zahvat i datum)

Imate li autoimunih bolesti u obitelji?

Ne da (koje?)

Bolujete li od autoimunih bolesti ili od bolesti koje utječu na imunološki sustav? (dijabetes tipa I, reumatoidni artritis, psorijaza, poremećaji tiroide, skleroderma, upalne bolesti crijeva, lupus, multipla skleroza, ulcerativni kolitis...)

Ne da (koje?)

Bolujete li od konžnih infekcija, upla ili drugih infekcija na području lica?

Ne da (koje?)

Imate li epizodične kožne reakcije (herpes, akne, rozacije)?

Ne da (koje?)

Bolujete li često od infekcija grla ili drugih upala grla, uha i nosa?

Ne da (koje?)

Kada je bila zadnja upala:

Bolujete li od hepatocelularne insuficijencije?

Ne da (koje?)

Kada je bila zadnja pojava?

Bolujete li od reume?

Ne da (dodatne informacije)

Bolujete li od epilepsije?

Ne da (dodatne informacije)

Imate li tendenciju hemoragičnom krvarenju?

Ne da (dodatne informacije)

Datum: _____ Mjesto: _____ Potpis: _____