

Súhlas pacienta s ošetrením AesPlla®

Meno a priezvisko pacienta:

Dátum narodenia:

Dátum ošetrenia:

1. Informácie o ošetrení

AesPlla® je injekčný biostimulačný prípravok na báze poly-L-mliečnej kyseliny (PLLA), ktorý podporuje tvorbu nového kolagénu. Ošetrenie je určené na zlepšenie kvality pokožky, doplnenie objemu a prirodzený lifting bez okamžitého preplnenia. Výsledok sa vyvíja postupne v priebehu niekoľkých týždňov.

2. Priebeh ošetrenia

- AesPlla® sa podáva injekčne do hlbších vrstiev pokožky alebo podkožia.
- Na prípravu sa používa sterilná voda, prípadne lidokaín.
- Počas ošetrenia môže pacient pociťovať mierne pálenie alebo tlak.

3. Očakávaný výsledok

- Výsledky sa objavujú postupne, obvykle v priebehu 4–12 týždňov.
- Pre optimálny účinok môže byť potrebných 2–4 ošetrení.
- Efekt môže pretrvávajúť 18–26 mesiacov.

4. Možné nežiadúce účinky

Bežné, prechodné:

- začervenanie, opuch, modriny,
- citlivosť alebo bolesť v mieste vpichu,
- dočasné nerovnosti.

Menej časté:

- drobné podkožné uzlíky,
- zápalová reakcia,
- asymetria.

Zriedkavé, ale závažné:

- alergická reakcia,
- infekcia,
- vaskulárna oklúzia (uzáver ciev),
- poškodenie tkaniva.

Pacient bol poučený o potrebe okamžite kontaktovať kliniku pri: zvýšenej bolesti, blednutí kože, výraznom začervenaní, horúčke alebo podozrení na infekciu.

5. Pokyny po ošetrení

Pacient potvrdzuje, že rozumie odporúčaniam:

- pravidlo 5-5-5: **masírovať ošetrovanú oblasť 5× denne, 5 minút, počas 5 dní,**
 - vyhýbať sa intenzívnemu slnku 1 týždeň,
 - 24–48 hodín sa vyhýbať saune, soláriu a intenzívnemu športu,
 - piť dostatok tekutín,
 - aplikovať chlad na zníženie opuchu podľa odporúčania.
-

6. Kontraindikácie

Pacient potvrdzuje, že:

- nie je tehotná / nekojí (ak je relevantné),
 - netrpí aktívnou infekciou alebo zápalovým ochorením kože,
 - nemá známe alergie na zložky prípravku,
 - netrpí autoimunitným ochorením, poruchou zrážania krvi alebo onkologickým ochorením (alebo bol stav konzultovaný s lekárom),
 - neužíva lieky kontraindikované pre tento zákrok (napr. imunosupresíva).
-

7. Informovaný súhlas

Svojím podpisom potvrdzujem, že:

- bol/a som informovaný/á o princípe ošetrovania AesPlla®, jeho účinkoch a alternatívach,
 - rozumiem, že výsledok nie je okamžitý a vyvíja sa postupne,
 - rozumiem možným rizikám a komplikáciám,
 - rozumiem odporúčaniam a pokynom po ošetrení,
 - všetky otázky mi boli zrozumiteľne zodpovedané,
 - dobrovoľne súhlasím s vykonaním ošetrovania.
-

Podpis pacienta:

Podpis lekára:

Dátum:

