

**a**

Příjmení, jméno, titul: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Telefon (mobil, domů): .....

E-mail: .....

K ošetření odeslal/a: .....

uzavírají smlouvu o poskytnutí ambulantní péče ve zdravotnickém zařízení za přímou úhradu pacienta.

Vážená paní, vážený pane,

máte v úmyslu podstoupit zákrok, jehož léčebným eventuelně estetickým cílem je odstranit či zmenšit Vaše zdravotní, kosmetické či jiné obtíže.

Účelem tohoto informovaného souhlasu je poskytnout Vám dostatečné informace, které Vám umožní kvalifikovaně se rozhodnout, zda ošetření podstoupíte či nikoliv.

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

LipoCryo

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla formování postavy, redukce lokalizovaného tuku (tukového polštáře).

### **Průběh ošetření:**

Odbourání tukových buněk jejich zmrazením je jednou z metod na redukci podkožního tuku zejména v oblastech břicha, boků, hýždí, stehen (vnějších i vnitřních stran) a paží. Jedná se o metodu zcela neinvazivní, tedy bez narušení integrity pokožky. Princip zákroku spočívá v řízeném zmrazení tukových buněk, jejichž obsah zkrystalizuje, díky čemuž tukové buňky odumřou a jsou zmetabolizovány. Technologie působí pouze na tukové buňky, vyloučeno je poškození nervů, cév či vnitřních orgánů.

Aplikátor přístroje se přiloží na požadovanou lokalitu. Aktivací zařízení dojde nejprve k vtažení tkáně řízenou intenzitou vakua do aplikátoru. Následně dochází k řízenému odebírání tepla z tukového polštáře umístěného v aplikátoru. V průběhu procedury vzniká pocit mírného tlaku a zpočátku i lokalizovaný pocit chladu, který ale rychle ustupuje. Jedna aplikace trvá cca 40 minut. Tzn. u párových lokalit je celková doba ošetření 1,5 hodiny.

Metoda je optimální pro jedince s nadváhou max. 10 kg. Po první aplikaci dojde během 2 týdnů ke snížení podkožního tuku o cca 20%, do 6-ti týdnů od aplikace efekt narůstá na zhruba 33%. V závislosti na množství podkožního tuku jsou přípustné 3 aplikace v dané lokalitě v intervalu po minimálně 40-ti dnech. Výsledný efekt pak narůstá až na 50% úbytku tukové tkáně. Tento výsledek medicína obecně považuje za vynikající, srovnatelný s klasickou tumescentní liposukcí. Metoda je ceifikována FDA.

**Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:**

Alergie na použité přípravky, zarudnutí pokožky, otok, hematom (modřina), omrzliny, puchýře, stroupky, jizva, změna barvy kůže – zarudnutí, pigmentace, depigmentace, metličkové varixy, změna citlivosti pokožky, nerovnosti pokožky, neefektivnost ošetření. V případě vzniku stroupků je třeba nechat je přirozeně odpadnout, aby se zamezilo vzniku jizviček.

Bezprostředně po ošetření pocit sucha v ústech, bolest hlavy, bolest v podbřišku, střevní potíže, svalový tonus, tuková embólie.

**Doporučení pro pacienta:**

Pro dosažení dlouhodobého optimálního výsledku doporučujeme dodržovat pitný režim (cca 3 l pramenité vody denně), vhodná dietní opatření dle doporučení ošetřujícího, zamezit bytí krátkodobému váhovému přírůstku. Vzhledem k tomu, že podchlazené tukové buňky jsou z těla zcela vyloučeny, je efekt redukce za předpokladu stabilizace hmotnosti trvalý.

**Před započítím zákroku je klient povinen informovat ošetřujícího o svém zdravotním stavu,** zejména o vážných onemocněních, operacích nebo stavech (alergie, těhotenství, kojení, krvácení, omdlávání, snímatelná zubní protéza), které by mohly ovlivnit průběh ošetření, či všech užívaných lécích.

Klient je zejména povinen informovat ošetřujícího o všech předchozích esteticko-chirurgických zákrocích v místě aplikace.

**V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.**

**V případě jakýchkoliv nejasností konzultujte před započítím zákroku svého ošetřujícího.**

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a plně informován/a o plánovaném ošetření.

Jsem si vědom/a možných následků a rizik a nemám na ošetřujícího žádné další dotazy.

Souhlasím se smluvní cenou.

Souhlasím s případným pořízením fotodokumentace a jejím použitím k prezentačním účelům.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem informovala ošetřujícího o svém zdravotním stavu, zejména o skutečnostech, které by mohly ovlivnit průběh ošetření.

S provedením zákroku souhlasím.

.....

podpis ošetřujícího

.....

datum

.....

podpis pacienta