

**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**

Epilace asistovaná laserem

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla úbytku nechtěných tmavých chloupků v obličejí, podpaží, tříslech, na nohou nebo rukou, na zádech či hrudníku ev. jiných lokalitách.

### **Průběh ošetření:**

Ošetření se provádí pomocí laseru o vlnové délce cca 800 nm, a to Lumenis Lightsheer Duet, který má FDA certifikaci k úbytku tmavého ochlupení s trvalým efektem. Zákrok se provádí bez jakéhokoli znečistlivění. U extrémně senzitivních jedinců lze provést místní znečistlivění pokožky gelem nebo krémem. Paprsek depilačního laseru pronikne pokožkou až do vlasového folikulu (kořenu), kde dojde k fototermolýze. Chloupek, který se nachází v anagenu (růstovém stadiu), je zasažen. Hlavičící depilačního laseru, zakončenou chlazeným safírovým sklíčkem, se postupně ošetří celá požadovaná plocha. Během následujících 3 týdnů po zákroku chloupky postupně vypadají. Během jednoho a třech dalších měsíců nebudou růst. Poté se znovu objeví chloupky, které zasaženy nebyly, tzn. Chloupky, které se v době ošetření nacházely v catagenu nebo telogenu (ostatních vývojových stadiích). A právě v tuto dobu je potřeba lokalitu znovu ošetřit. Tzn. zákrok je potřeba opakovat, a to minimálně 4 x.

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

Alergie na použité přípravky, citlivost, bolestivost - štípání, zarudnutí pokožky, petechie (drobné červené tečky), otok, hematom (modřina), zánět, popáleniny I.-II. stupně, puchýře, krvácení, strupy, zjizvení pokožky, nekróza, změna barvy kůže (pigmentace, depigmentace).

O všech nežádoucích účincích přetrvávajících déle než 1 týden je klient povinen informovat ošetřujícího.

**Doporučení pro pacienta:**

Po dobu minimálně 3 týdnů před ošetřením chloupky **NEVYTRHÁVAT**, aby vlasová cibulka nebyla poškozená a zákrok byl maximálně efektivní. V tomto období a v období mezi jednotlivými zákroky je nutné chloupky pouze **HOLIT** případně stříhat (jednotlivé chloupky např. v obličejí) nebo chloupky odstranit pomocí depilačního krému.

**24 hodin před vlastním zákrokem je nutné ošetřovanou lokalitu pečlivě oholit.**  
Ošetřovaná lokalita by neměla být opálená.

Po dobu 24 hodin po zákroku ošetřenou lokalitu v případě, že je zarudlá, ev. chladit. V některých případech se péče shoduje s péčí o popáleninu, tzn. šetrně chladit, natírat mastmi s hojivými účinky. Nepoužívat jiné masti než doporučil ošetřující, alergeny v nich obsažené by mohly zkomplikovat hojení. Pokud dojde ke vzniku stroupku, nestrhávat ho, nechat kůži samovolně dohojit a stroupek nechat přirozeně odpadnout, aby nedošlo ke vzniku jizvy.

I při běžném pohybu ve venkovním prostředí doporučujeme chránit pokožku krémem s vysokým ochranným faktorem, nejlépe SPF 50+.

**Před započítím každého 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 léků.

**V případě pozádrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.**  
Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti se zákroky asistovanými lasery a tudíž není schopen objektivně posoudit pozádrokový stav.

**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