

**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**

Liposukce podbradku asistovaná laserem

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla remodelace oblasti spodní partie brady a event. tváří.

### **Průběh zákroku:**

Zákrok se provádí v místním znecitlivění. Ošetřovaná oblast je infiltrována fyziologickým roztokem obohaceným o anestetikum a adrenalin. Vpichem pomocí tenké kanyly je laserové vlákno zavedeno do podkožní tukové tkáně v oblasti spodní části brady a event. tváří. Tepelným působením laseru je tuková tkáň zkapalněna. Většina zkapalněné tukové tkáně je odsáta pomocí kanyly, zbylá postupně odplavena lymfatickou cestou. Zákrok trvá zhruba hodinu. Výsledný efekt zákroku lze očekávat za 2-3 měsíce po opadnutí otoku a přilnutí uvolněné tkáně.

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

Alergie na použité přípravky – zpravidla nezávažný kožní projev v podobě zarudnutí nebo svědění pokožky, ve výjimečných případech může být i vážný jako celková slabost, dechové obtíže, pokles krevního tlaku příp. šokový stav, o předchozích známých alergických reakcích je nutné informovat ošetřujícího

Bolestivost – zejm štípání při aplikaci roztoku

Citlivost – odeznívá až po dobu až 1 měsíce v ošetřené oblasti

Otok a hematom (modřina) – postupně se vstřebává po dobu až 2 týdnů

Zánět – vznikne při nedostatečném dodržování hygienických zásad v pooperačním období, případně infikování nahromaděné krve v podkožní tkáni, vhodné ledovat ev. podat antibiotika

Serom - ložisko čiré tekutiny v podkožní tkáni vzniklé z lokálního nahromadění většího množství krve - projeví se snadno rozpoznatelným vyklenutím pokožky, je potřeba provést punkci nebo drenáž

Zjizvení - vzácně může dojít ke zjizvení pokožky zejm. v místě vpichu, vč. keloidní jizvy

Nekróza - vzácná komplikace, kdy při příliš povrchovém výkonu dojde k přímému poranění spodní dermální vrstvy a odumřou drobné okrsky kůže, které je posléze potřeba odstranit, což zanechá trvalý kosmetický následek

Změna barvy kůže - předčasným opalováním čerstvých jizev může dojít k jejich trvalé pigmentaci, vzácně může dojít i k plošné změně pigmentace

O všech nežádoucích účincích přetrvávajících déle než 1 týden (krom citlivosti a otoku) je klient povinen informovat ošetřujícího.

### **Doporučení pro pacienta:**

Po dobu 24 hodin po zákroku ošetřené místo ev. chladit studeným obkladem.

Po dobu 2 dnů po zákroku se ošetřených míst dotýkat pouze jemně (při mytí, odličování, apod.)

Po dobu 14 dnů po zákroku nosit na noc stahující elastickou masku k urychlení vstřebání otoku a lepšímu přilnutí pokožky.

Po dobu 2 týdnů nepodstupovat kosmetickou péči či obličejovou masáž, vyhýbat se extrémním teplotám (mráz, sluneční záření, UV záření, sauna), nevykonávat sport. I při běžném pohybu ve venkovním prostředí doporučujeme chránit pokožku krémem s vysokým ochranným faktorem, nejlépe SPF 50+.

Dodržovat termíny kontrol, jsou-li stanoveny.

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

**V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.** Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti s laserem asistovanou liposukcí podbradku a tudíž není schopen objektivně posoudit pozákrokový stav.

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

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 pacient