

KARTA KONSULTACYJNA X-LASE PLUS

DANE OSOBOWE		KONTAKT		TRYB ŻYCIA	
Nazwisko		Telefon			Aktywny
Imię		E-mail			Siedzący
Data urodzenia					

NA TRZY TYGODNIE PRZED ZABIEGIEM NALEŻY ZAPRZESTAĆ STOSOWANIA

Zioła

- detoksykujące, odchudzające, oczyszczające (dziurawiec, nagietek, bratek, skrzyp, pokrzywa, rumianek, melisa, mięta, kozłek lekarski (valeriana), bergamotka, arcydzięgiel, lubczyk, kminek, biedzeniec, aminek większy, doustne suplementy na skórę, włosy i paznokcie np. skrzygovita

Leki

- antybiotyki
(np. tetracykliny, azytromycyna, ciprofloksacyna, kotrymoksazol, nitrofurantoina, doksycyklina)
- leki homeopatyczne, steroidowe
- niektóre leki przeciwnadciśnieniowe, nasercowe
(amilorid, amiodaron, atenolol, bisoprolol, kaptopryl, diltiazem, enalapryl, enarenal)
- niektóre leki przeciwcukrzycowe np. tolbutamid, glipizyd, metformina
- sulfonamidy (syntetyczne leki chemioterapeutyczne)
- tiazydowe środki moczopędne (hydrochlorotiazyd, bendroflumentiazyd, bemetizyd)
- środki przeciwbólowe (ketanol, ibum, ibuprofen, polopiryna, aspiryna, pyraiginum i inne (można tylko paracetamol i apap)
- niesteroidowe środki przeciwreumatyczne
- niektóre środki przeciwbakteryjne i przeciwgrzybiczne (terbinatina, ketokonazol, gryzeofulwina)
- niektóre środki uspokajające i przeciwdepresyjne, a także przeciwwymiotne (np. fenotiazyny)
- pochodne retinoidów zarówno te zawarte w lekach doustnych jak i w maściach
- leki przeciw pasożytnicze (chinina, chinidyna, chlorochina)
- szczepionki np. przeciw grypowe

Przyjmowanie Roaccutanu, Accutanu, tretinoiny, izotretinoiny 6 miesięcy po zakończeniu terapii można wykonać zabieg laserowy

Kosmetyki

Kremy z kwasami i substancjami ziołowymi np. krem z nagietkiem, maści sterydowe, maści antybiotykowe.
Kwas AHA i BHA
Kwas retinowy i jego pochodne

Na 24 godziny przed zabiegiem zabronione jest spożywanie alkoholu oraz używanie kosmetyków, toników na bazie alkoholu

Należy bezwzględnie poinformować laseroterapeutę o wszystkich przyjmowanych lekach, ziołach i innych suplementach diety

**PRZECIWSKAZANIA UNIEMOŻLIWIAJĄCE LUB OGRANICZAJĄCE WYKONANIE ZABIEGU
(TRWALE, CZASOWO)**

Ciąża i karmienie	Nadwrażliwość na światło
Bielactwo i in. choroby autoimmunologiczne	Wszelkie dolegliwości leczone przez lekarza ogólnego i dermatologa
Guzy/nowotwory (rak skóry, czerniak złośliwy)	Rozrusznik serca, pompa insulinowa, metalowe implanty
Hipernadwrażliwość skórna	Operacje plastyczne w ostatnim czasie
Botox i wypełniacze (min. 1 tydz.)	Zakrzepica, zapalenie żył (zamykanie naczyń)
Cukrzyca nieuregulowana	Gorączka
Choroba psychiczna	Siniaki
Biegunka i wymioty	Przerwana ciągłość naskórka
Choroba zakaźna lub infekcyjna	Mocna lub świeża opalenizna
Poparzenia słoneczne	Osoby pod wpływem alkoholu i narkotyków
Aktywna opryszczka w miejscu poddawanych zabiegowi	Epilepsja (padaczka)
Skłonność do powstawania bliznowców, keloidów	Nadciśnienie/niedociśnienie
Przyjmowanie substancji fotouczulających	Przyjmowanie leków fotouczulających

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG X-LASE

Oświadczam, iż została/łem poinformowana/ny o sposobie wykonania zabiegu i jego efektach, a moje wszelkie wątpliwości zostały rozwiane, dzięki pełnej i profesjonalnej odpowiedzi na wszystkie dręczące mnie pytania.

Skuteczność zabiegu zależna jest od osoby, na której jest on wykonywany. Rozumiem, że niezbędne jest dostarczenie przeze mnie całej dokumentacji medycznej przebytych chorób oraz, że osoba wykonująca zabieg nie bierze odpowiedzialności w przypadku zajścia jakichkolwiek zdarzeń niepowołanych w trakcie mojej kuracji.

Rozumiem, że poddając się zabiegowi istnieje możliwość niekorzystnej reakcji skóry z przyczyn wiadomych lub nie, jednak świadomie podejmuję ryzyko. Oto kilka typowych reakcji skóry, nie są to jednak wszystkie typy:

- krótkotrwałe zaczerwienienie powierzchni zabiegowej, które zwykle ustępuje po kilku godzinach
- opuchlizna danego rejonu, która zwykle znika po kilku godzinach
- Dyskomfort podczas zabiegu oraz wrażliwość skóry na poparzenia oraz uczucie pieczenia, które mogą trwać od kilku godzin do kilku dni po zabiegu
- Miejscowa reakcja alergiczna na użyty rodzaj urządzenia lub preparaty stosowane po zabiegu

Poświadczam, że przeczytałam/łem, że rozumiem całe powyższe oświadczenie oraz świadome i dobrowolnie poddaję się zabiegowi.

Niniejszy zabieg nie ma na celu poprawy kondycji zdrowia psychicznego pacjenta

Data.....

Podpis.....