HRVATSKO DRUŠTVO ZA ESTETSKU MEDICINU

www.hdel.hr
hdel@hdel.hr

PRISTANAK NA INJEKCIJSKU TERAPIJU

PREZIME: IME:

Pristajem na injekcijsku terapiju dermalnim filerima ili injekcijsku terapiju botulinum toksinom tipa A.

Primjena i rezultati injekcijske terapije su mi jasno objašnjeni od strane liječnika.

1. Dobila/ dobio sam i razumio informacije koje pruža proizvođač dermalnih filera/botulinuma toxina tipa A od strane liječnika. Imala/imao sam priliku pitati sva potrebna pitanja.
2. Razumijem sve prije i poslije injekcijske savjete i preporuke i pristajem ih se pridržavati.
3. Imala/imao sam vremena razmotriti sve sve podatke i donjeti odluku na temelju tih podataka.
4. Jasno sam upozorena/ upozoren na sve nuspojave i moguće rijetke medicinske recidive.
5. Dajem pristanak na injekcijsku terapiju.

Dvije kopije ovog dokumenta se moraju potpisati: Jedan primjerak za liječnika

Drugi primjerak za medicinsku evidenciju.

Potpis pacijenta: Datum:

Potpis liječnika: Datum:

HRVATSKO DRUŠTVO ZA ESTETSKU MEDICINU

www.hdel.hr
hdel@hdel.hr

MEDICINSKI UPITNIK PRIJE INJEKCIJSKE TERAPIJE DERMALNIM FILERIMA ILI BOTULINUM TOXINOM TIPA A

Prezime: _____ Dob: _____

Ime: _____ Muško Žensko

Bavite li se sportom?

Ne da

Jeste li trudni ili dojite?

Ne da

Imate li prijašnjih tegoba?

Ne da (opis medicinskih problema)

_____

Uzimate li trenutno terapiju?

Ne da (koju terapiju uzimate)

_____

Jeste li imali operacije?

Ne da (vrsta operacije i datum)

_____

Jeste li bili ikad na estetskoj operaciji?

(lifting, liposukcija, nos, čeljust, transplantat kose, operacija dojki ili slične zahvate?)

Ne da (koju?)

_____

Vrijeme operacije: manje od mjeseca manje od 3 mjeseca manje od 6 mjeseci manje od godine više od godine

Jeste li imali problema s cijeljenjem nakon operacije ili traume?

Ne da (koje?)

_____

Jeste li se podvrgavali estetskim postupcima?

Ne Laser Peeling Dermabrazija Injekcijska terapija Zlatna žica Ultrazvuk

HRVATSKO DRUŠTVO ZA ESTETSKU MEDICINU

www.hdel.hr
hdel@hdel.hr

Druga vrsta terapije _____

Vrijeme: manje od mjeseca; manje od 6 mjeseci; manje od godine; više od godine

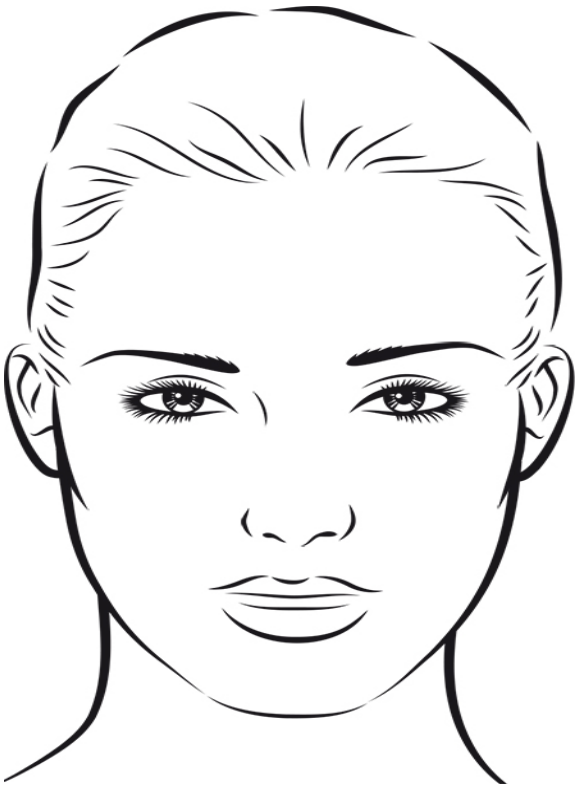
Jesu li prethodne estetske procedure izazvale ikakve neželjene reakcije?

Ne da (koje?)

_____

Jeste li već bili na injekcijskoj terapiji popunjavanja bora?

Ne da, molimo da označite područja na slici



Jeste li ikad bili na mezoterapiji?

Ne da (koje područje i ime proizvoda)

_____

Vrijeme: manje od mjeseca manje od 6 mjeseci manje od godine više od godine

Imate li ikakvu vrstu preosjetljivosti ili alergija? (prehrambene, kozmetičke, hijaluronska kiselina, latex, lidokain, vitamini...)

Ne da (koje?)

_____

Jeste li imali tokom stomatoloških zahvata problema s anestezijom?

Ne da (koje?)

_____

Jeste li nedavno imali stomatološke zahvate?

Ne nedavno manje od tjedna manje od mjeseca

Imate li stomatološke zahvate zakazane tokom sljedećih par dana?

Ne da (koji zahvat i datum)

_____

Imate li autoimunih bolesti u obitelji?

Ne da (koje?)

_____

Bolujete li od autoimunih bolesti ili od bolesti koje utječu na imunološki sustav? (dijabetes tipa I, reumatoidni artitis, psorijaza, poremećaji tiroide, skleroderma, upalne bolesti crijeva, lupus, multipla skleroza, ulcerativni kolitis...)

Ne da (koje?)

_____

Bolujete li od konžnih infekcija, upla ili drugih infekcija na području lica?

Ne da (koje?)

_____

Imate li epizodične kožne reakcije (herpes, akne, rozacije)?

Ne da (koje?)

_____

Bolujete li često od infekcija grla ili drugih upala grla, uha i nosa?

Ne da (koje?)

_____

HRVATSKO DRUŠTVO ZA
ESTETSKU MEDICINU

www.hdel.hr
hdel@hdel.hr

Kada je bila zadnja upala:

_____

Bolujete li od hepatocelularne insuficijencije?

Ne da (koje?)

_____

Kada je bila zadnja pojava?

_____

Bolujete li od reume?

Ne da (dodatne informacije)

_____

Bolujete li od epilepsije?

Ne da (dodatne informacije)

_____

Imate li tendenciju hemoragičnom krvarenju?

Ne da (dodatne informacije)

_____

Datum:_____ Mjesto:_____ Potpis: _____