

## ZGODA NA ZABIEG IPL

Imię, nazwisko pacjenta: .....

Rodzaj zabiegu/ lokalizacja: .....

Data zabiegu: .....

Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo.

### **Informacja ogólna o zabiegu:**

IPL (ang. Intense Pulse Light) to impulsywne źródło światła. Laser IPL wytwarza wiązkę promieni świetlnych, które mają różną długość i są rozproszone. Dzięki temu, promienie docierają do różnych warstw skóry i działają kompleksowo. Jednocześnie aktywizują produkcję kolagenu i niszczą włoski, wygładzają zmarszczki, wybielają zaczerwienienia. Laser IPL wytwarza promieniowanie, które jednocześnie usuwa kilka problemów. Zabiegi IPL są bezpieczne i nieinwazyjne.

### **Opis przebiegu proponowanej procedury / zabiegu**

Zabieg przeprowadzany jest przy użyciu specjalnej głowicy. Na jej końcówkę nakłada się określony filtr. Dzięki temu lampy ksenonowe emitują fale świetlne o określonej, wymaganej długości, która zależy zarówno od rodzaju zmian, jakie trzeba skorygować, jak i od rodzaju skóry. Powodzenie terapii zależy zarówno od tego, czy długość fal zostanie odpowiednio dobrana, jak i od ilości i czasu trwania impulsów. Na skórę pacjenta nakłada się żel, który warunkuje prawidłowe przyleganie głowicy do skóry.

Dalsza opieka pozabiegowa sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. Konieczna jest ścisła współpraca z lekarzem po zabiegu.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu zabiegu oraz okresu pozabiegowego.

Powinniście Państwo być świadomi, że zabieg jest zawsze związany z ryzykiem powikłań, zarówno tych wymienionych w dalszej części tej zgody, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia.

### **Dające się przewidzieć następstwa zabiegu i możliwe powikłania:**

Pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony zespołu zabiegowego czasie zabiegu i po nim może dojść do powikłań, które przeważnie są natychmiast rozpoznawane i leczone. Wymienione powikłania mogą pojawić się w przebiegu poozabiegowym u każdego pacjenta, jednak ich ogólna częstość nie jest wysoka. Ich liczba zwiększa się u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych.

1. **Zaczerwienienie/rumień/podrażnienie skóry** To właściwie nie powikłanie, ponieważ zaczerwienienie utrzymujące się od jednego do kilku tygodni to normalna reakcja organizmu.
2. **Przebarwienia pourazowe** – to najczęstszy skutek uboczny zabiegów laserowych. Jeśli się poparzymy, to też zdarza się, że dochodzi do przebarwienia. Podobnie przy zabiegu laserem, który jest silnie urazowy i przebarwienie to jego naturalna konsekwencja. Im mocniejszy zabieg, tym większe ryzyko przebarwień. Czasami same schodzą, ale czasami niestety nie i pozostają na stałe. Ocenia się, że przebarwienia mogą się pojawić przy 10-30 proc. zabiegów laserem. Wiele zależy od fenotypu skóry, stopnia jej opalenia, mocy zabiegu, jakości urządzenia.
3. **Świad/pieczenie/bol** po zabiegu ustępuje po paru godzinach lub dniach – Przewlekły bol i pieczenie jest bardzo rzadkim powikłaniem. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
4. **Strupy i pęcherze** – możliwa reakcja przy poparzeniu skóry. Ustępują zazwyczaj w ciągu 10 dni od zabiegu. Osocze bogatopłytkowe przyspiesza ten proces o około 1/3 czasu.
5. **Blizny poparzeniowe** – w przypadku złego przylegania głowicy do skóry, wyschnięcia żelu lub indywidualnych predyspozycji lub nadwrażliwości skóry istnieje ryzyko poparzenia i blizn poparzeniowych.
6. **Blizny zanikowe**. Mogą powstać, jeśli zaburzone jest gojenie skóry po zabiegu laserowym.
7. **Uszkodzenie głębiej położonych struktur** – Podczas zabiegu może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.
8. **Reakcje alergiczne** – rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.

9. **Przedłużone gojenie** – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pacjenci palący papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.

#### **Przeciwwskazania do zabiegu IPL :**

- Ciąża i karmienie piersią
- Nowotwory złośliwe w ciągu 5 lat
- świeża opalenizna lub stosowanie samoopalacza (w ciągu 4 tygodni)
- choroby autoimmunologiczne w fazie zaostrzenia np. bielactwo, łuszczyca
- padaczka (względnie)
- cukrzyca rozchwiana (względnie)
- rozrusznik serca, metalowe implanty, pompa insulinowa (względnie)
- skłonność do bliznowców i przebarwień
- przyjmowanie suplementów fotouczulających, antybiotyków, leki przeciwdepresyjne, retinoidów np. izotretynoina, adapalen, differin, acutan ( w ciągu 6 miesięcy)
- zioła światłouczulające – **bratek, dziurawiec, skrzyp, rumianek, nagietek** – 2-3 tygodnie przed zabiegiem
- maści z witaminą A lub jej pochodnymi – odstawić 5-7 dni przed zabiegiem
- sterydy miejscowe i ogólne
- krótki okres po operacji chirurgicznej
- aktywne infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze – aktywna opryszczka
- obniżenie odporności organizmu
- aktywny stan zapalny skóry

#### **Przygotowanie do zabiegu:**

- Ograniczyć spożywanie alkoholu i kawy na około 24h przed zabiegiem
- Zrezygnować z opalania, samoopalacza oraz wizyt w solarium na około 2-3tyg. przed zabiegiem

#### **Pielęgnacja po zabiegu:**

- Powierzchnię zabiegową myć czystą wodą ewentualnie żelem bezmydłowym/tonikiem bezalkoholowym

- Stosować kosmetyki łagodzące Bepanten, Alantan, Panthenol ( przed nałożeniem nowej warstwy należy zmyć wodą poprzednio nałożoną)
- Nie stosować kosmetyków na obszar zabiegowy typu balsam
- Delikatnie osuszać skórę, nie trzeć
- Fotoprotekcja UVA UVB o wysokim wskaźniku ochrony, najlepiej 50 SPF
- Unikać preparatów złuszczących minimum 4 tygodnie
- Unikanie ekspozycji na słońce oraz opalania w solarium (4 tygodnie po zakończonej serii)
- Niekorzystanie z sauny i basenu (minimum 1 tydzień)
- Unikanie aktywności fizycznej (do 2 dni po zabiegu)
- Nie zdrapywać strupków
- Nie wykonywać dodatkowych zabiegów na daną partię ciała
- Unikać stosowania dodatkowych preparatów pielęgnacyjnych
- Nie aplikować makijażu na okolicę poddawaną zabiegowi (do 2 dni po zabiegu, najlepiej używać kosmetyków mineralnych)

### **OŚWIADCZENIA PACJENTA:**

- 1) Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie w/w zabiegu. Biorę pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyka związane z zabiegiem. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia w trakcie zabiegu omówionego ze mną przez lekarza.
- 2) Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i metodzie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów
- 3) Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: postępowania pozabiegowego oraz indywidualnych predyspozycji.
- 4) Zostałem poinformowany, że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.

- 5) Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem — mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
- 6) Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
- 7) Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonanym zabiegu, zapoznałem się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
- 8) Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
- 9) W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem wykonującym zabieg.
- 10) Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłem żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Oświadczam , iż zapoznałem/-em się z przeciwwskazaniami do zabiegu zawartymi w niniejszej ankiecie, a także omówionymi z lekarzem i potwierdzam, iż przeciwwskazania takie u mnie nie występują.
- 11) Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed zabiegiem oraz na każdej wizycie kontrolnej celem załączenia do karty pacjenta.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu.

Otrzymałam zalecenia pozabiegowe.

.....  
data i podpis lekarza

.....  
data i podpis pacjenta