Gabinet / pieczątka

Wywiad Medyczny i Zgoda Iniekcyjna

Dane klienta

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Telefon

Data

KARTA PACJENTA / ZGODA NA ZABIEG MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

Bezwzględne przeciwwskazania do zabiegów iniekcyjnych

- Ciąża i okres karmienia piersią
- Choroby autoimmunologiczne (Hashimoto, RZS, toczeń, stwardnienie rozsiane)
- Nowotwory złośliwe (aktywne lub leczone)
- Niewyrównana cukrzyca
- Aktywny stan zapalny organizmu, gorączka, przeziębienie
- Aktywna opryszczka lub zmiany ropne/trądzikowe w miejscu zabiegu
- Skłonność do tworzenia bliznowców (keloidów)
- Zaburzenia krzepnięcia / leki rozrzedzające krew
- Uczulenie na hialuronidazę, jad owadów błonkoskrzydłych, białko jaja lub lidokainę
- Leki immunosupresyjne (cyklosporyna, metotreksat, azatiopryna)
- Skłonność do opryszczki (przy zabiegach w obrębie ust — wymagana profilaktyka Acyklowirem)
- Permanentne wypełniacze w miejscu zabiegu (np. Aquamid)
- Zabiegi stomatologiczne w ciągu ostatnich 14 dni
- Zaplanowane loty samolotem w ciągu 72h po zabiegu
- Retinoidy (Izotek, Tretyna) w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Proszę zaznaczyć TAK lub NIE. Zatajenie informacji może prowadzić do ciężkich powikłań, włącznie z martwicą tkanek i utratą wzroku.

Ciąża lub okres karmienia piersią?	☐ Tak	☐ Nie
Choroby autoimmunologiczne (Hashimoto, RZS, toczeń, SM)?	☐ Tak	☐ Nie
Niewyrównana cukrzyca lub choroby nowotworowe?	☐ Tak	☐ Nie
Aktywny stan zapalny, gorączka, przeziębienie?	☐ Tak	☐ Nie
Aktywna opryszczka lub zmiany ropne w miejscu zabiegu?	☐ Tak	☐ Nie
Skłonność do keloidów / blizn przerostowych?	☐ Tak	☐ Nie
Zaburzenia krzepnięcia lub leki rozrzedzające krew?	☐ Tak	☐ Nie
Uczulenie na: hialuronidazę, jad owadów, białko jaja, lidokainę?	☐ Tak	☐ Nie

Permanentne wypełniacze w miejscu zabiegu (np. Aquamid)? ☐ Tak ☐ Nie

Zabiegi stomatologiczne w ciągu ostatnich 14 dni? ☐ Tak ☐ Nie

Zaplanowane loty samolotem w ciągu 72h po zabiegu? ☐ Tak ☐ Nie

Retinoidy (Izotek, Tretyna) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmuje Pani/Pan leki immunosupresyjne (cyklosporyna, metotreksat, azatiopryna)? ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pani/Pan skłonność do nawracającej opryszczki (szczególnie w obrębie ust)? ☐ Tak ☐ Nie

Czy wcześniej wykonywano zabiegi z toksyny botulinowej (Botox)? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli TAK — kiedy ostatnio?

Czy wcześniej wystąpiły powikłania po kwasie hialuronowym? ☐ Tak ☐ Nie

Lista wszystkich przyjmowanych leków na stałe

⚠ KLUCZOWA UWAGA: Okluzja naczyniowa (zator kwasem hialuronowym) może prowadzić do MARTWICY TKANEK, UTRATY WZROKU lub UDARU. W przypadku podejrzenia wystąpienia okluzji, wyrażam zgodę na natychmiastowe wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego (pogotowia) lub niezwłoczne przetransportowanie mnie na Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) w celu podania hialuronidazy przez uprawnionego lekarza.

KLAUZULA RODO — Administratorem danych jest _____ z siedzibą: _____, NIP: _____. Ponieważ dla zapewnienia najwyższego bezpieczeństwa zabiegu musimy poznać informacje o Twoim stanie zdrowia, przetwarzamy je na podstawie Twojej wyraźnej, dobrowolnej zgody (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Brak zgody uniemożliwia wykonanie zabiegu. Dane będą przechowywane przez okres 6 lat, co odpowiada ustawowemu okresowi przedawnienia roszczeń cywilnych. Masz prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO.

Data

Podpis pacjenta (zgoda i wywiad)

Zalecenia pozabiegowe i Protokół SOS

ZALECENIA POZABIEGOWE I PROTOKÓŁ RATUNKOWY (SOS) — Przeczytaj uważnie i spełnij każdą pozycję. Niezastosowanie się może grozić trwałymi powikłaniami lub stanem zagrożenia życia.

1. PRZEZ 24H: nie dotykać, nie masować obszaru wkłuć, nie nakładać makijażu, nie myć twarzy mydłem w miejscu iniekcji — stosować tylko łagodny płyn myjący.

- [ ] Rozumiem zakaz dotykania, masowania i makijażu przez 24h po zabiegu

2. PRZEZ 48H: bezwzględny zakaz alkoholu (nasila obrzęk, spowalnia wchłanianie), zakaz intensywnego wysiłku fizycznego, zakaz sauny i gorących kąpieli.

- [ ] Zobowiązuję się do zakazu alkoholu i wysiłku przez 48h

3. PRZEZ 14 DNI: unikać sauny, solarium, mrozu poniżej –5°C, usług stomatologicznych, intensywnych masaży twarzy i zabiegów z użyciem prądów / ultradźwięków.

- [ ] Zobowiązuję się do unikania sauny, solarium, mrozu i zabiegów konkurencyjnych przez 14 dni

4. TOKSYNA BOTULINOWA (jeśli zastosowana): przez 4 godziny po zabiegu nie schylać się i nie kłaść na płasko. Przez 24h zakaz intensywnego wysiłku i sauny. Efekty pełne po 10–14 dniach.

- [ ] Rozumiem zalecenia po podaniu toksyny botulinowej (jeśli dotyczy)

5. 🚨 PROTOKÓŁ SOS — OKLUZJA NACZYNIOWA: nagłe ZBLEDNIĘCIE albo sine, marmurkowe zabarwienie skóry, silny lub narastający ból niewspółmierny do zabiegu i każda zmiana widzenia to OBJAWY ZAGROŻENIA. NATYCHMIAST zadzwoń do gabinetu pod podany Ci numer, a jeśli nikt nie odbiera — dzwoń pod 112 albo jedź prosto na SOR i powiedz, że podano Ci kwas hialuronowy. Przy zaburzeniach widzenia nie czekaj na oddzwonienie, dzwoń od razu pod 112. Lek rozpuszczający wypełniacz (hialuronidaza) działa najlepiej podany jak najszybciej, w ciągu pierwszych godzin — nie czekaj do rana.

- [ ] Rozumiem protokół SOS: zblednięcie skóry, ból i zaburzenia wzroku wymagają natychmiastowego kontaktu ze specjalistą lub SOR

- [ ] *Wyrażam świadomą zgodę na proponowany zabieg medycyny estetycznej, znając jego ryzyka i alternatywy*

- [ ] *Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych o stanie zdrowia w celu kwalifikacji i bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu (art. 9 ust. 2 lit. a RODO)*

INFORMACJA: Gabinet skontaktuje się z Tobą w celach związanych z monitorowaniem stanu zdrowia po zabiegu, co stanowi prawnie uzasadniony interes administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Nie wymaga to Twojej zgody.

- [ ] *ZGODA MARKETINGOWA: Wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne, wykorzystanie i rozpowszechnianie zdjęć zrealizowanego zabiegu (bez ukazywania twarzy i danych identyfikujących) przez _____ w celach promocyjnych, na oficjalnych profilach w mediach społecznościowych (m.in. Instagram, Facebook) oraz na stronie internetowej. Zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.*

KLAUZULA RODO — Administratorem danych jest _____ z siedzibą: _____, NIP: _____. Ponieważ dla zapewnienia najwyższego bezpieczeństwa zabiegu musimy poznać informacje o Twoim stanie zdrowia, przetwarzamy je na podstawie Twojej wyraźnej, dobrowolnej zgody (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Brak zgody uniemożliwia wykonanie zabiegu. Dane będą przechowywane przez okres 6 lat, co odpowiada ustawowemu okresowi przedawnienia roszczeń cywilnych. Masz prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO.

Data

Podpis pacjenta (odbiór zaleceń, SOS i RODO)