

AQUAMID® SAMTYKKE ERKLÆRING

Navn: _____

Adresse: _____

Fødselsdato: _____ Telefon: _____

Bemærk: Patienter, der svarer JA til nogen af de spørgsmål, der er mærket med **RØDT** bør IKKE lade sig injicere med Aquamid®. Konsulter altid Brugsanvisningen.

Hvis patienten lider af nogen af de med * angivne medicinske tilstande, bør den injicerende lægen vurdere patientens egnethed til at få en Aquamid® indsprøjtning. Patienten kan få indsprøjtningen i henhold til lægens vurdering.

MEDICINSK BEHANDLING

Er du i øjeblikket i behandling med:

- Antibiotika * Ja Nej
- Systemisk kortison Ja Nej
- Gigtmidler (NSAID) regelmæssigt Ja Nej
- Antikoagulerende behandling * Ja Nej
- Andet Ja Nej

Hvis ja, bedes du oplyse, hvad du får og for hvilken indikation

- Er du allergisk over for antibiotika Ja Nej

SYGEHISTORIE

Har du inden for de seneste 6 måneder:

- gennemgået en operation Ja Nej
- gennemgået større tandbehandling Ja Nej

Lider du af nogen af følgende sygdomme:

- Aktiv herpes (forkølelsessår) Ja Nej
- Diabetes * Ja Nej
- Aktiv acne Ja Nej
- Psoriasis Ja Nej
- Aktive hudsygdomme Ja Nej
- Systemiske sygdomme * Ja Nej

Hvis ja, hvilke(n)? _____

- Autoimmunsygdomme Ja Nej

Hvis ja, hvilke(n)? _____

- Er du gravid Ja Nej

- Ammer du Ja Nej

TIDLIGERE BEHANDLINGER

Har du tidligere fået en behandling med en absorberbar filler?

(Restylane, Perlane, Juvederm, etc.) * Ja Nej

Hvis ja: Hvornår? _____

Indikation? _____

Oplevede du nogen problemer med behandlingen? * Ja Nej

Hvis ja, angiv hvilke: _____

Har du tidligere fået indsprøjet en permanent filler?

(ArteFill, Dermalive, Silicone, Bioalcamid, Sculptra, etc.) * Ja Nej

Hvis ja: Hvornår? _____

Indikation? _____

Oplevede du nogen problemer med behandlingen Ja Nej

Hvis ja, angiv hvilke: _____

Aquamid® må ikke injiceres på et sted, hvor et andet permanent implantat eller filler findes. Injicer ikke Aquamid® samme sted, hvor en anden absorberbar filler er blevet injiceret. Vent til det er fuldstændig absorberet (mindst 6 måneder).

Jeg _____ giver hermed _____
 (Patientens navn) (Lægens navn)
 tilladelse til at give mig Aquamid®-indsprøjtninger til korrektion af _____
 (Indikationer)

SAMTYKKE

Jeg forstår fuldt ud, at Aquamid®-implantatet, en hydrogel som består af 97,5% pyrogenfrit vand og 2,5% krydsbundet polyakrylamid, giver et langvarigt resultat, at dette produkt ikke optages af kroppen og ikke kan fjernes uden risiko for synlig ardannelse.

Jeg har fået forklaret behandlingen i vendinger, jeg forstår. Jeg har også fået forklaret alternative metoder og deres fordele og ulemper.

Jeg erklærer desuden, at jeg er blevet fuldt informeret om fordele og risici, både generelle og specifikke, og om umiddelbare eller senere komplikationer, som denne behandling vil kunne medføre.

- Jeg her oplyst lægen om min sygehistorie.
- Jeg har oplyst lægen om al medicin, jeg tager i øjeblikket.
- Jeg erklærer, at jeg ikke tidligere har undergået en behandling med ikke-absorberbar filler i det behandlede område, og jeg har ikke fået indsprøjet en absorberbar filler i området inden for de seneste 6 måneder.
- Jeg er ikke gravid og ammer ikke i øjeblikket.

Lægen har besvaret alle mine spørgsmål om denne behandling.

Jeg er tilfreds med de oplysninger, jeg har fået, og efter tilstrækkelig tid til grundig overvejelse, giver jeg mit samtykke til den foreslåede behandling med Aquamid®.

Dato: _____

Patientens underskrift: _____

Lægens underskrift: _____

Indikation: _____

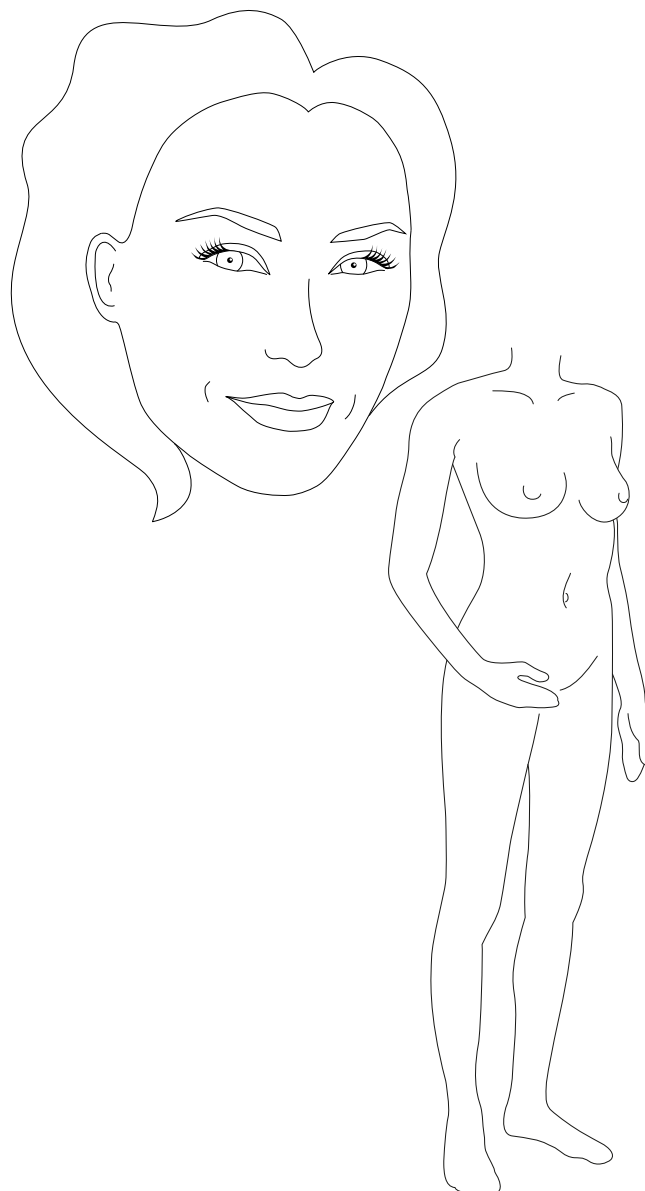
Indsprøjet volumen: _____

Dato: _____

Lægens underskrift: _____

Indsæt etiketten med Aquamid® lot nummer fra sprøjten

INDIKATIONER



Indikation: _____

Indsprøjet volumen: _____

Dato: _____

Lægens underskrift: _____

Indsæt etiketten med Aquamid® lot nummer fra sprøjten

Bemærk:

- Indsprøjtninger kan medføre forbigående, lokale reaktioner - herunder let rødmen, blå mærker, hævelse, blodansamling, kløen og moderate smerter.
- Som ved enhver procedure, der gennembryder huden, er der en mindre risiko for infektion, når man indsprøjter Aquamid®.
- Hvis symptomer som f.eks. snurrende fornemmelser, hævelse eller rødmen vedvarer, skal man altid formode, at der kan være opstået en mindre bakterieinfektion.
- Man bør **ikke** behandle en infektion med kortikosteroider og/eller NSAID, da dette kan forlænge og/eller forværre symptomerne.

Jeg _____ giver hermed _____
(Patientens navn) (Lægens navn)

tilladelse til at give mig Aquamid®-indsprøjtninger til korrektion af _____
(Indikationer)

SAMTYKKE

Jeg forstår fuldt ud, at Aquamid®-implantatet, en hydrogel som består af 97,5% pyrogenfrit vand og 2,5% krydsbundet polyakrylamid, giver et langvarigt resultat, at dette produkt ikke optages af kroppen og ikke kan fjernes uden risiko for synlig ardannelse.

Jeg har fået forklaret behandlingen i vendinger, jeg forstår. Jeg har også fået forklaret alternative metoder og deres fordele og ulemper.

Jeg erklærer desuden, at jeg er blevet fuldt informeret om fordele og risici, både generelle og specifikke, og om umiddelbare eller senere komplikationer, som denne behandling vil kunne medføre.

- Jeg her oplyst lægen om min sygehistorie.
- Jeg har oplyst lægen om al medicin, jeg tager i øjeblikket.
- Jeg erklærer, at jeg ikke tidligere har undergået en behandling med ikke-absorberbar filler i det behandlede område, og jeg har ikke fået indsprøjtet en absorberbar filler i området inden for de seneste 6 måneder.
- Jeg er ikke gravid og ammer ikke i øjeblikket.

Lægen har besvaret alle mine spørgsmål om denne behandling.

Jeg er tilfreds med de oplysninger, jeg har fået, og efter tilstrækkelig tid til grundig overvejelse, giver jeg mit samtykke til den foreslåede behandling med Aquamid®.

Dato: _____

Patientens underskrift: _____

Lægens underskrift: _____

Indikation: _____

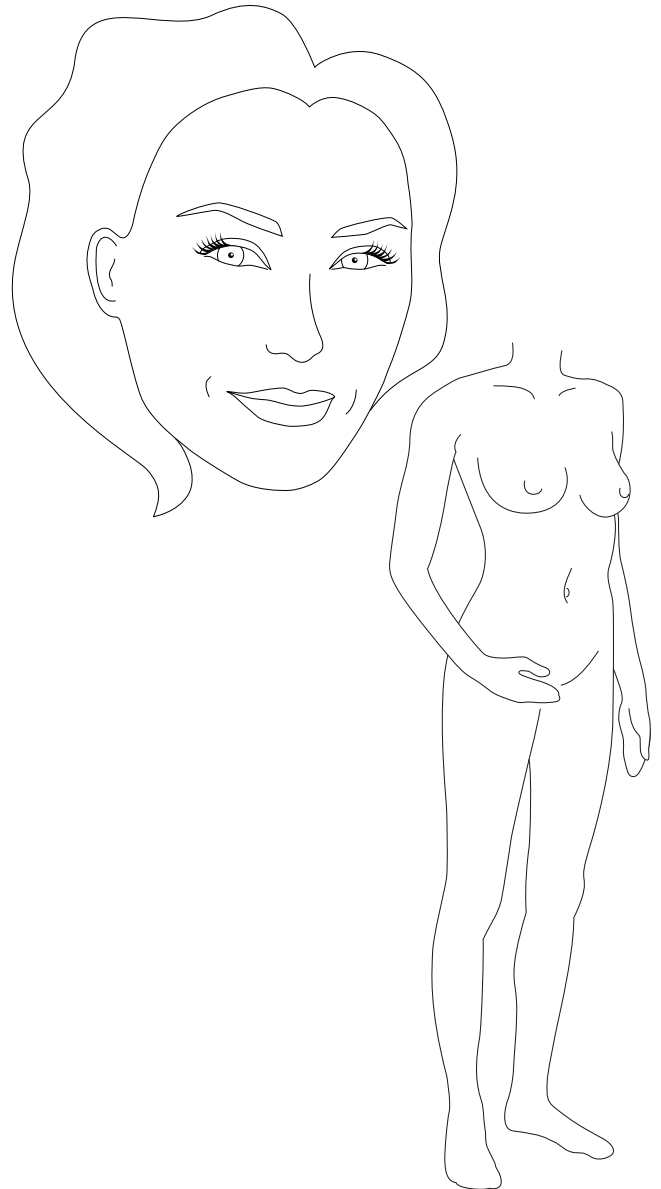
Indsprøjtet volumen: _____

Dato: _____

Lægens underskrift: _____

Indsæt etiketten med Aquamid® lot nummer fra sprøjten

INDIKATIONER



Indikation: _____

Indsprøjtet volumen: _____

Dato: _____

Lægens underskrift: _____

Indsæt etiketten med Aquamid® lot nummer fra sprøjten

Bemærk:

- Indsprøjtninger kan medføre forbigående, lokale reaktioner - herunder let rødmen, blå mærker, hævelse, blodansamling, kløen og moderate smerter.
- Som ved enhver procedure, der gennembryder huden, er der en mindre risiko for infektion, når man indsprøjter Aquamid®.
- Hvis symptomer som f.eks. snurrende fornemmelser, hævelse eller rødmen vedvarer, skal man altid formode, at der kan være opstået en mindre bakterieinfektion.
- Man bør **ikke** behandle en infektion med kortikosteroider og/eller NSAID, da dette kan forlænge og/eller forværre symptomerne.



PATIENTINFORMATION

Tak, fordi du har valgt Aquamid®. Sammen med din læge vil vi gerne give dig nogle gode råd, for at sikre at du får det bedste resultat af behandlingen og undgår komplikationer som blå mærker eller infektion omkring injektionsstedet.

EFTER INDSPRØJTNING

Det er vigtigt at du tager følgende forholdsregler for at undgå evt. bivirkninger:

- Undgå at røre det injicerede område i mindst 6 timer.
- Undgå make-up og hudplejeprodukter på injektionsdagen
- Undgå at barbere dig på injektionsdagen
- Undgå piercing eller voksning af det injicerede område
- Hvis du er blevet injiceret i læberne eller tæt på munden, skal du lade være med at kysse på injektionsdagen
- Du må ikke udsætte dig for direkte sollys (herunder solarium og andre solbruningsanordninger) eller stærk kulde de første 4 uger efter injektionen. Undgå solskoldning eller forfrysninger i det område, hvor der er injiceret Aquamid
- Undgå operationer og større tandarbejder i 6 måneder før og efter injektionen. Hvis du får brug for operationer eller større tandarbejder efter injektionen, anbefales forebyggende behandling med antibiotika
- Undgå behandling med laser, voks, peeling, regeneration af huden, læbetatovering, pigmentering, tandblegning ved hjælp af UV-lys eller andre kosmetiske behandlinger, indtil hudens overflade er helet op – mindst 6 måneder

VIGTIGE FAKTA

Aquamid® er en langtidsholdbar filler. For at sikre, at der ikke bliver indsprøjet for meget Aquamid®, kan det være nødvendigt at gennemføre behandlingen flere gange med mindst to ugers mellemrum for at opnå det bedste resultat. Din læge eller klinik vil kunne rådgive dig om det bedste behandlingsforløb.

Som ved alle andre indsprøjtninger, kan du opleve lokale reaktioner inklusive let rødmen, blå mærker, hævelse, blodansamling, kløen og moderate smerter på området for indsprøjtningen. Det er kroppens normale midlertidige reaktion. Aquamid® hydrogel er ikke giftigt og ikke-allergent. Men det er muligt, at du trods alle forholdsregler og ekspertbehandling på din klinik oplever komplikationer.

Hvis du får vedvarende ubehag, hævelser eller en prikkende fornemmelse, er det muligt, at du hører til de meget få, der får komplikationer. Disse kan bestå af en lokalinfektion omkring injektionsstedet, som kræver behandling med antibiotika eller i meget sjældne tilfælde fjernelse af gelen. Du skal helst konsultere den læge, der har givet dig injektionerne. Hvis du på nogen måde er i tvivl om behandlingen, bør du også konsultere den læge, der gav dig behandlingen. I tilfælde af komplikationer må du ikke bruge kortikosteroider eller NSAID.

I meget sjældne tilfælde kan patienter opleve hårdhed og knuder, der opstår år efter indsprøjtningen og skyldes eftervirkningerne af infektioner. Det kan føre til øget følsomhed i huden og smerter i området for indsprøjtningen.

Medbring altid denne samtykkeerklæring ved kontakt med en læge i forbindelse med din Aquamid-behandling. Det er især vigtigt, hvis du beder om råd fra en anden sundhedsfaglig person, end den læge der gav dig indsprøjtningen.