

# FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO CON AQUAMID®

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Notas:** Los pacientes que respondan **SÍ** a alguna de las preguntas marcadas en **ROJO**, **NO** deberán inyectarse Aquamid®. Consulte siempre las instrucciones de uso. Si el paciente ha marcado alguna de las condiciones médicas **\* con asterisco en rojo**, el practicante debe asegurarse de que el paciente pueda ser inyectado. El médico decidirá si inyecta al paciente con implante de relleno Aquamid®.

## MEDICACIÓN

Indique si toma actualmente:

- Antibióticos \* Sí  No
- Cortisona sistémica Sí  No
- Antiinflamatorios regularmente Sí  No
- Tratamiento anticoagulante \* Sí  No
- Otros Sí  No

En caso afirmativo indique que es lo que toma y por qué motivo \_\_\_\_\_

- ¿Es alérgica a los antibióticos? Sí  No

## HISTORIAL MÉDICO

En los últimos meses:

- ¿Ha tenido alguna cirugía? Sí  No
- ¿Se ha sometido a algún tratamiento dental importante? Sí  No

Indique si sufre alguna de las enfermedades siguientes:

- Herpes activo (herpes labial) Sí  No
- Diabetes \* Sí  No
- Acné activo Sí  No
- Psoriasis Sí  No
- Enfermedad epidérmica activa Sí  No
- Alguna enfermedad sistémica \* Sí  No

En caso afirmativo descríballo \_\_\_\_\_

- Enfermedades autoinmunes Sí  No

En caso afirmativo descríballo \_\_\_\_\_

- ¿Está usted embarazada? Sí  No
- ¿Está usted en periodo de lactancia? Sí  No

## TRATAMIENTOS PREVIOS

¿Le han inyectado alguna vez relleno reabsorbible? (Restylane, Perlane, Juvederm, etc.) \* Sí  No

En caso afirmativo: Cuándo \_\_\_\_\_

Motivos \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas con el tratamiento? \* Sí  No

En caso afirmativo descríballo \_\_\_\_\_

¿Le han inyectado alguna vez relleno permanente? (ArteFill, Dermalive, Silicona, Bioalcamid, Sculptra, etc.) \* Sí  No

En caso afirmativo: Cuándo \_\_\_\_\_

Motivos \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas con el tratamiento? Sí  No

En caso afirmativo descríballo \_\_\_\_\_

**No inyecte Aquamid® en zonas donde existan previos implantes de rellenos. Si en una zona se ha inyectado relleno absorbible, espere hasta que éste se absorba completamente (por lo menos 6 meses) antes de inyectarse Aquamid®.**

Yo \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Nombre del médico)

a inyectar Aquamid® para el tratamiento de relleno de \_\_\_\_\_  
(Indicaciones)

### CONSENTIMIENTO

Entiendo completamente que el implante Aquamid®, un hidrogel inyectable que contiene 97,5% de agua apirogénica y 2,5% de poliacrilamida de enlaces cruzados, tiene como resultado un producto de larga duración que no es absorbible ni extraíble sin riesgo de cicatrices visibles.

Me han explicado los detalles del procedimiento en términos que puedo entender. También me han explicado métodos alternativos, con sus ventajas y desventajas.

También declaro que me han informado completamente de las ventajas, de los riesgos, generales y específicos, y de las complicaciones inmediatas o posteriores que pudieran derivarse de este procedimiento.

- He informado con la verdad al médico de mi historial médico.
- He informado al médico de todas las medicinas que estoy tomando.
- Declaro que nunca me he sometido a un procedimiento con relleno permanente en la zona que se va a tratar y que tampoco me han inyectado relleno absorbible en dicha zona en los últimos 6 meses.
- No estoy embarazada ni en periodo de lactancia.

El médico ha respondido a todas mis preguntas sobre este procedimiento.

Satisfecha con la información recibida, y enterada del contenido de este consentimiento doy mi aprobación total al procedimiento propuesto con Aquamid®.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Indicación: \_\_\_\_\_

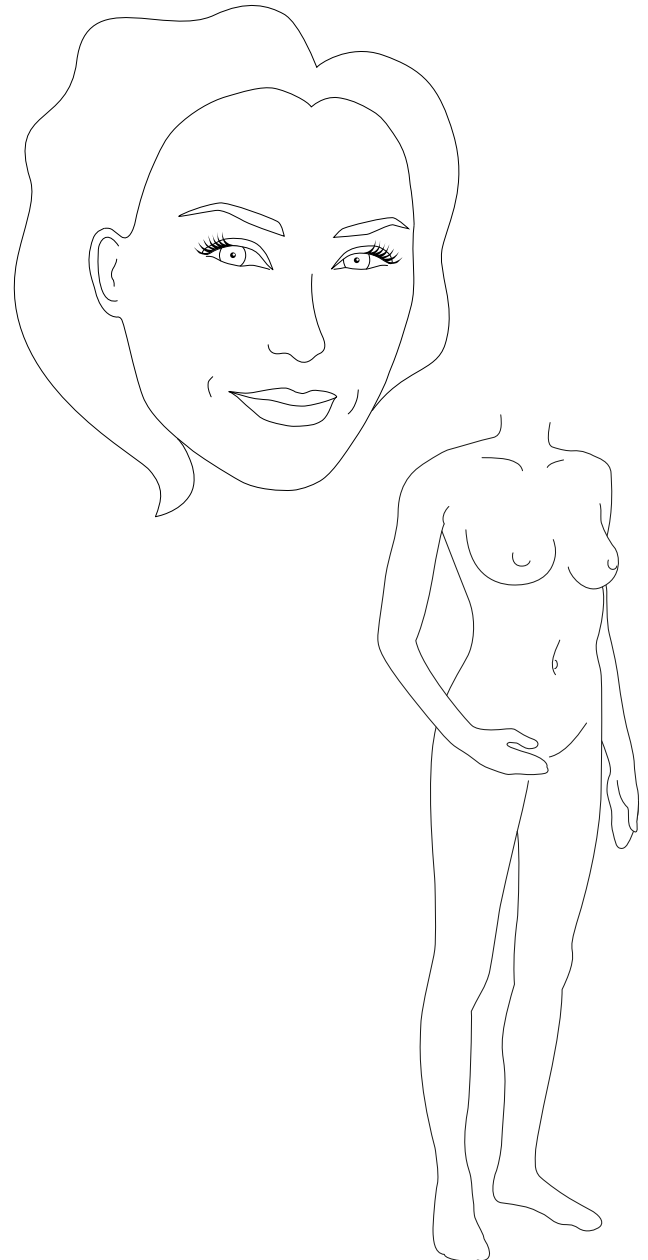
Volumen inyectado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Pegue la etiqueta con el número de lote de Aquamid® que se encuentra en la caja de la jeringa

### INDICACIÓN



Indicación: \_\_\_\_\_

Volumen inyectado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Pegue la etiqueta con el número de lote de Aquamid® que se encuentra en la caja de la jeringa

#### Nota:

- Las inyecciones pueden causar reacciones transitorias locales, incluido un ligero enrojecimiento, hinchazón, formación de un hematoma, picor y dolor moderado.
- Como con cualquier procedimiento transcutáneo, existe un pequeño riesgo de infección al inyectar Aquamid®.
- Si se producen síntomas como sensación de hormigueo, hinchazón o enrojecimiento persistente, se puede haber producido una leve infección bacteriana.
- **No** tratar con corticoides ni AINES ya que esto podría prolongar y empeorar los síntomas.

Yo \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Nombre del médico)

a inyectar Aquamid® para el tratamiento de relleno de \_\_\_\_\_  
(Indicaciones)

### CONSENTIMIENTO

Entiendo completamente que el implante Aquamid®, un hidrogel inyectable que contiene 97,5% de agua apirogénica y 2,5% de poliacrilamida de enlaces cruzados, tiene como resultado un producto de larga duración que no es absorbible ni extraíble sin riesgo de cicatrices visibles.

Me han explicado los detalles del procedimiento en términos que puedo entender. También me han explicado métodos alternativos, con sus ventajas y desventajas.

También declaro que me han informado completamente de las ventajas, de los riesgos, generales y específicos, y de las complicaciones inmediatas o posteriores que pudieran derivarse de este procedimiento.

- He informado con la verdad al médico de mi historial médico.
- He informado al médico de todas las medicinas que estoy tomando.
- Declaro que nunca me he sometido a un procedimiento con relleno permanente en la zona que se va a tratar y que tampoco me han inyectado relleno absorbible en dicha zona en los últimos 6 meses.
- No estoy embarazada ni en periodo de lactancia.

El médico ha respondido a todas mis preguntas sobre este procedimiento.

Satisfecha con la información recibida, y enterada del contenido de este consentimiento doy mi aprobación total al procedimiento propuesto con Aquamid®.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Indicación: \_\_\_\_\_

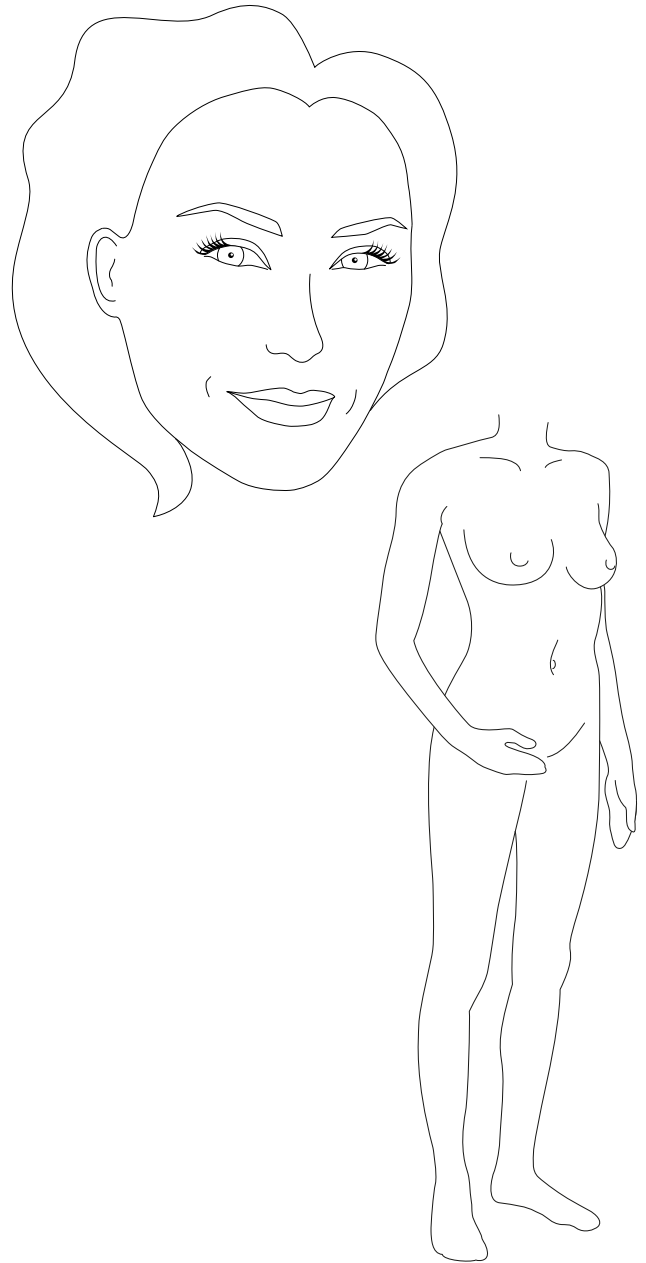
Volumen inyectado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Pegue la etiqueta con el número de lote de Aquamid® que se encuentra en la caja de la jeringa

### INDICACIÓN



Indicación: \_\_\_\_\_

Volumen inyectado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Pegue la etiqueta con el número de lote de Aquamid® que se encuentra en la caja de la jeringa

#### Nota:

- Las inyecciones pueden causar reacciones transitorias locales, incluido un ligero enrojecimiento, hinchazón, formación de un hematoma, picor y dolor moderado.
- Como con cualquier procedimiento transcutáneo, existe un pequeño riesgo de infección al inyectar Aquamid®.
- Si se producen síntomas como sensación de hormigueo, hinchazón o enrojecimiento persistente, se puede haber producido una leve infección bacteriana.
- **No** tratar con corticoides ni AINES ya que esto podría prolongar y empeorar los síntomas.



## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Gracias por elegir Aquamid®. Junto con su médico, queremos darle algunos consejos para asegurarnos de que obtiene los mejores resultados de su tratamiento con inyecciones y evitar cualquier complicación como enrojecimiento o infección en la zona circundante.

### DESPUÉS DE LA INYECCIÓN

Es importante tener en cuenta las precauciones siguientes para evitar cualquier complicación.

- No tocar la zona de la inyección durante un mínimo de 6 horas
- No aplicar maquillaje ni productos para el cuidado de la piel durante el día de la inyección
- No depilar durante el día de la inyección
- No aplicar cera a la zona de la inyección
- Si la inyección es en los labios o cerca de la boca, no besar durante el día de la inyección
- Evitar la exposición directa a la luz solar (incluidos solarios y cualquier otro equipo de bronceado), y también a condiciones de frío extremo durante las 4 semanas siguientes a la inyección. Evitar quemaduras solares y congelación en la zona donde se haya inyectado el Aquamid®
- Evitar las intervenciones quirúrgicas y odontológicas durante 6 meses antes y después de la inyección. Si es necesario realizar una intervención quirúrgica o dental después de la inyección, se recomienda aplicar un tratamiento antibiótico
- No someter a láser ni aplicar cera, depilar, exfoliar, tatuar, pigmentar ni blanquear los dientes mediante luz UV ni otros tratamientos estéticos hasta que la superficie de la piel se haya curado, al menos durante 6 meses

### HECHOS IMPORTANTES

Aquamid® es un relleno de larga duración. Para asegurarse de que no se inyecte demasiado Aquamid® y obtener los mejores resultados, puede ser necesario aplicar más procedimientos con un intervalo mínimo de dos semanas. Su médico o el personal clínico podrán aconsejarle sobre la mejor forma de aplicar el tratamiento.

Como con cualquier inyección, se pueden experimentar reacciones locales, incluido un ligero enrojecimiento, hinchazón, formación de hematomas, picor y dolor moderado en la zona de la inyección. Esta es la respuesta normal y pasajera del organismo. Aquamid® hidrogel no es tóxico ni alergénico. No obstante, es posible que a pesar de todas las precauciones y del tratamiento experto del personal clínico, puedan producirse complicaciones.

**Si la reacción local no se resuelve y tiene sensación de hormigueo persistente, hinchazón o enrojecimiento, es posible que se haya producido una infección local y que deba iniciarse un tratamiento con antibióticos inmediatamente. Por ello deberá consultar con el médico o personal que practicó la inyección. Si tiene dudas sobre el tratamiento, consulte con el practicante. En caso de complicación, no use corticoides ni AINES.**

En casos muy raros, los pacientes pueden experimentar un endurecimiento, tumefacción y nódulos que emergen años después de haberse puesto la inyección y que están originados por efectos que se producen después de las infecciones. Esto puede provocar un aumento de la sensibilidad cutánea y de dolor en la zona de la inyección.

Lleve este formulario de consentimiento siempre que acuda a consulta en relación con el tratamiento de Aquamid. Esto es especialmente importante si desea consejo de otro médico diferente al que le practicó la inyección.