

AQUAMID® OBRAZAC ZA PRISTANAK

Ime pacijenta: _____

Adresa: _____

Datum rođenja: _____ Kontakt telefon: _____

Opaska: Pacijenti koji odgovore s DA na bilo koje **CRVENO označeno pitanje NE SMIJU se podvrći injektiranju Aquamid®-a. Uvijek provjerite upute za upotrebu.**

Ukoliko pacijent ima bilo koje medicinsko stanje označeno s *, liječnik koji će izvršiti injektiranje bi trebao procijeniti prikladnost pacijenta za primanje injekcije. Pacijentu se može injektirati Aquamid® u skladu s prosudbom liječnika.

LIJEKOVI

Uzimate li trenutno:

- Antibiotike * Da Ne
- Sistemske kortizone Da Ne
- na redovnoj bazi nesteroidne protuupalne lijekove (NSAID) Da Ne
- Antikoagulanse * Da Ne
- Druge lijekove Da Ne

Navedite koje lijekove uzimate i za koju

indikaciju: _____

- Jeste li alergični na antibiotike? Da Ne

MEDICINSKA POVIJEST

Jeste li u zadnjih 6 mjeseci imali:

- Operativni zahvat Da Ne
- Veliki stomatološki zahvat Da Ne

Patite li od bilo koje sljedeće bolesti:

- Aktivni herpes Da Ne
- Dijabetes * Da Ne
- Aktivne akne Da Ne
- Psorijaza Da Ne
- Aktivna kožna bolest Da Ne
- Bilo koja sistemska bolest * Da Ne

Navedite koja: _____

- Autoimuna bolest Da Ne

Navedite koja: _____

- Jeste li trudni? Da Ne
- Dojite li? Da Ne

PRETHODNI TRETMANI

Jeste li ikad prije zaprimili injektirani apsorbirajući filer?

 (Restylane, Perlane, Juvederm i sl.) * Da Ne

Ako jeste: kad _____

za koja indikaciju _____

Jeste li imali bilo kakvih problema s tretmanom?

* Da Ne

Ako jeste, kojih _____

Jeste li ikad prije zaprimili injektirani permanentni filer?

 (ArteFill, Dermalive, Silicone, Bioalcamid, Sculptra i sl.) * Da Ne

Ako jeste: kad _____

za koja indikaciju _____

Jeste li imali bilo kakvih problema s tretmanom?

Da Ne

Ako jeste, kojih _____

Ne injektirajte Aquamid® u područje gdje je prisutan drugi permanentni implantat ili filer. Ukoliko je u to područje injektiran apsorbirajući filer, pričekajte dok se u potpunosti ne upije (barem 6 mjeseci) prije injektiranja Aquamid®-a.

Ja _____ ovime odobravam _____
 (ime pacijenta) (ime liječnika)

da izvede injektiranje Aquamid®-a za augmentaciju _____
 (indikacije)

PRISTANAK

U potpunosti razumijem da implantat Aquamid®-a, injektibilan hidrogel koji sadrži 97,5% apirogene vode i 2,5% umreženog poliakrilamida, daje dugotrajne rezultate i da ovaj proizvod nije apsorbirajući te ga se ne može ukloniti bez rizika od nastanka vidljivog ožiljka.

Postupak mi je detaljno objašnjen terminima koje razumijem. Također su mi objašnjene alternativne metode te njihove prednosti i nedostaci.

Također, izjavljujem da sam u potpunosti informiran /-a o prednostima i rizicima, općenitim kao i specifičnim, te o trenutnim i kasnijim komplikacijama koje mogu biti posljedica ovog postupka.

- Informira-o /-la sam liječnika o svojoj medicinskoj povijesti.
- Informira-o /-la sam liječnika o svim lijekovima koje trenutno uzimam.
- Izjavljujem da nikad prije nisam bi-o/-la podvrgnuta postupku s permanentnim filerom u području koje treba biti tretirano te da nisam bi-o/-la podvrgnuta injektiranju apsorbirajućeg filera u tom području u zadnjih 6 mjeseci.
- Trenutno nisam trudna niti dojim.

Liječnik je odgovorio na sva moja pitanja o ovom postupku.

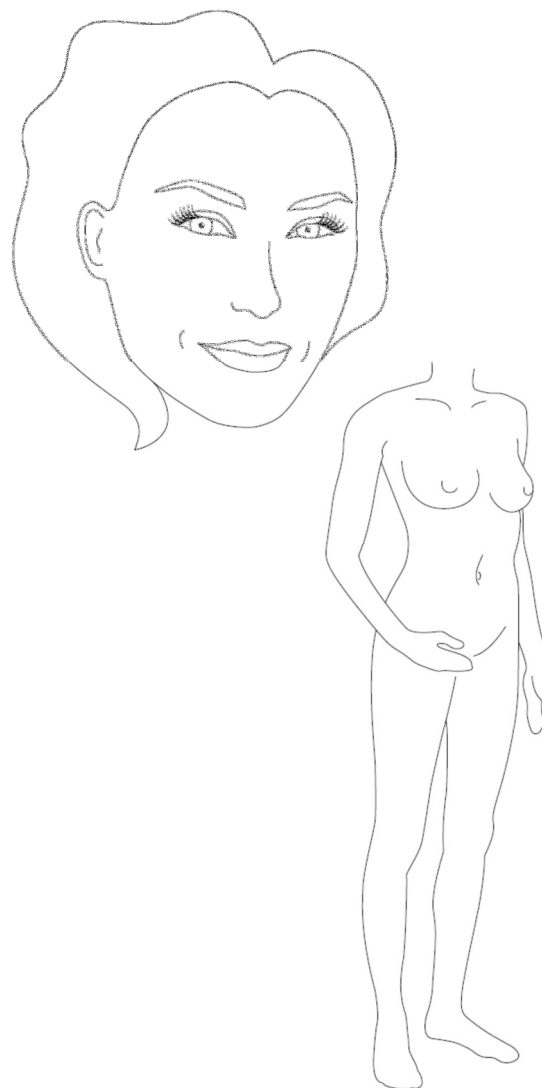
Zadovolj-an/-na sam s danim informacijama te nakon dovoljnog vremena provedenog u pomnom razmišljanju, pristajem na ovaj predloženi postupak primjene Aquamid®-a.

Datum: _____

Potpis pacijenta: _____

Potpis liječnika: _____

INDIKACIJE



Indikacija: _____

Injektirani volumen: _____

Datum: _____

Potpis liječnika: _____

Zalijepite naljepnicu koja sadrži broj serije Aquamid®-a s pakiranja.

Indikacija: _____

Injektirani volumen: _____

Datum: _____

Potpis liječnika: _____

Zalijepite naljepnicu koja sadrži broj serije Aquamid®-a s pakiranja.

Upozorenje:

- Injekcije mogu uzrokovati prolaznu, lokalnu reakciju uključujući lagano crvenilo, modrice, oteklinu, formiranje hematoma, svrab i umjerenu bol.
- Kao i kod svakog transkutanog postupka, tako i ovdje postoji blagi rizik od infekcije prilikom injektiranja Aquamid®-a.
- Ukoliko simptomi, kao što je osjećaj peckanja, oteklina ili crvenilo, ustraju uvijek treba posumnjati na bakterijsku infekciju niskog stupnja.
- **Ne** tretirajte s kortikosteroidima i/ili nesteroidnim protuupalnim lijekovima jer oni mogu produžiti i/ili pogoršati simptome.