**ZABIEG LASEREM NEODYMOWO-YAGOWYM**

**Q-SWITCH**

**Imię i nazwisko

Telefon**

W dniu …………………….. podczas konsultacji zostałam zapoznana/y z procedurą zabiegową z wykorzystaniem lasera neodymowo-yagowego Q-Switch.

**Przeciwwskazania:**

* Zapalenie żył
* Ciąża, okres laktacji
* Rozrusznik serca
* Choroby nowotworowe (do 5 lat po wyleczeniu)
* Niewyrównane choroby endokrynologiczne (cukrzyca, ch. tarczycy)
* Bielactwo, łuszczyca, keloidy
* Leki fotouczulające np. wit. A, retinoidy, tetracykliny, psolareny, nagietek, olejek bergamota, olejki cytrusowe, estrogeny, tyroksyna
* Samoopalacz
* Świeża opalenizna (3 tyg.)
* Ciemne fototypy skóry
* Zabiegi inwazyjne na daną okolicę
* Eksfoliacja (peeling chemiczny, mikrodermabrazja)- 3 tyg.
* Uszkodzenia skóry w miejscu zabiegowym
* choroby tkanki łącznej (twardzina, toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena, mieszana choroba tkanki łącznej, reumatoidalne zapalenie stawów)
* terapia doustną izotretinoiną i okres do 3 miesięcy od zakończenia terapii (Roacuttane, Curacne, Aknenormin itp.)
* Bardzo duża powierzchnia tatuażu

**Zalecenia przed i po zabiegu:**

* PRZED :
	+ Unikać ekspozycji na słońce, korzystania z solarium na 4 tygodnie przed rozpoczęciem
	+ Nie aplikować samoopalaczy i maseł kakaowych
	+ Stosować filtrów przeciwsłonecznych SPF 30 lub 50 + (opalenizna zmniejsza efektywność zabiegów oraz zwiększa ryzyko powstawania przebarwień).
* PO :
	+ W celu ułatwienia zdjęcia opatrunku należy go uprzednio zmoczyć, a następnie delikatnie usunąć.
	+ Obszar po zabiegu powinien być myty dwa razy dziennie, wodą i delikatnym mydłem i delikatnie osuszony.
	+ Delikatne zaczerwienienie i swędzenie może utrzymywać się przez kilka kolejnych dni.
	+ Nie należy zrywać strupków, a na tym obszarze należy stosować miejscowo, dwa razy dziennie, maści łagodzące: Alantan, Bepanten lub w przypadku nasilonych objawów maść z antybiotykiem.
	+ Należy unikać bezpośredniego wystawiania na słońce obszaru, na jakim wykonano zabieg, przez 2 do 3 tygodni, pamiętając jednocześnie o codziennym stosowaniu kremu z filtrem.
	+ Po zabiegu na zmianach naczyniowych i na nogach może pojawić się silne zaczerwienienie, które powinno ustąpić po 14 dniach.
	+ Stosowanie filtrów p/słonecznych (SPF 50) jeśli obszar będzie odsłonięty
	+ Zakaz opalania się przez cała serię zabiegów

O rodzaju, celu i wskazaniach wspomnianego zabiegu w zakresie jego zalet, wad i ryzyka zostałam/em poinformowana/y. Szczegółowo omówiono ze mną indywidualne problemy w odniesieniu do w/w metody.

**Oświadczam**, że nie zataiłam/em żadnych danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w trakcie rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań.

**Oświadczam**, że w trakcie konsultacji udzielono mi wszystkich potrzebnych informacji, a moje pytania uzyskały w pełni zrozumiałe odpowiedzi, Ponadto zostałam/em poinformowana/y przez wykonującego zabieg kosmetologa o możliwych działaniach niepożądanych i powikłaniach związanych z w/w zabiegiem.

**Oświadczam**, że w momencie zabiegu jestem zdrowa, nie jestem pod wpływem środków odurzających, ani leków. Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich wskazówek i zaleceń pozabiegowych

Wyrażam zgodę na zabieg oraz poddaję się wszystkim okolicznościom i warunkom związanym z w/w zabiegiem na własną odpowiedzialność.

……………………………………………… ……………………………………………...

Osoba wykonująca zabieg Osoba poddawana procedurze zabiegowej