

Imię i nazwisko: .....  
miejscowość / data: .....  
telefon kontaktowy: .....  
data urodzenia: .....  
adres e-mail: .....

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA WYKONANIE ZABIEGU LASEROWEGO USUWANIA MAKIJAŻU  
PERMANENTNEGO**

**INFORMACJA O ZABIEGU**

Zabieg laserowego usuwania makijażu permanentnego polega na niszczeniu barwnika odpowiednią wiązką światła i rozbijaniu go na mniejsze cząsteczki. Są one z kolei pochłaniane przez specjalne komórki w organizmie człowieka - tak zwane makrofagi, oczyszczające organizm z różnych szkodliwych substancji. Wskazaniem do zabiegu jest chęć usunięcia przez Klienta makijażu permanentnego.

Po wykluczeniu przeciwwskazań do zabiegu Specjalista wykonuje próbę lasera, która pozwala sprawdzić reakcję Klienta na działanie wiązki światła. Jeśli nie występują żadne reakcje niepożądane, można przystąpić do właściwego zabiegu.

Metoda lasera ND YAG QSWITCH, który jest używany do zabiegu działa w szybki sposób liczony w nanosekundach i dostarcza odpowiednią długość wiązki laserowej w głąb skóry. Wiązka absorbowana przez barwnik makijażu lub tatuażu rozbija barwnik jako otorbienie na drobne fragmenty, wystarczająco by w ciągu najbliższych kilku tygodni od przeprowadzonego zabiegu zostały całkowicie usunięte ze skóry. Niektóre cząstki położone w skórze bardzo płytko zostaną usunięte wraz z powierzchownym złuszczeniem się naskórka. Druga część rozproszonych pigmentów w głębszych warstwach skóry, zostanie wchłonięta przez organizm i odprowadzona do węzłów chłonnych. Efekt rozkładania przez makrofagi cząsteczek barwnika trwa do kilku tygodni, dlatego wykonanie kolejnego zabiegu w krótkim czasie od wykonania ostatniego zabiegu nie jest zalecane. Zmiany są widoczne po pierwszym zabiegu, nie zawsze bezpośrednio po jego przeprowadzeniu ale w okresie od 4 tygodni. Ilość powstałego ciepła jest niewielka dlatego zabieg pozbawiony jest ryzyka termicznego uszkodzenia okolicznych tkanek. W trakcie sesji laserowych – w zależności od rodzaju pigmentu – pod wpływem wiązki laserowej barwnik może zmieniać swój odcień na łososiowy, pomarańczowy, szary. Jest to przejściowe z uwagi na reakcję barwnika na wiązkę lasera. Szybkość uzyskania pożądanego przez klienta efektu jest zależna od rodzaju pigmentu, ilości go w skórze, czasu przez który pigment się w skórze znajduje oraz indywidualnych cech organizmu klienta. Proces usuwania pigmentu ze skóry możemy kontynuować aż do momentu póki on jest podatny na wpływ lasera co charakteryzuje się określonymi objawami: odczucie bólowe w trakcie zabiegu, obrzęk, zaczerwienienie.

W przypadku braku tych reakcji oznacza to że pigment znajdujący się w skórze nie jest w stanie pochłonać fali generowanej przez laser.

Do zabiegu zostaje użyta chłodziarka medyczna COOLPLUS – celem chłodzenia skóry poddanej zabiegowi.

Zabieg wykonywany jest w kilku seriach, dzięki którym barwnik ulega stopniowemu rozjaśnieniu.

Przy usuwaniu makijażu permanentnego wymagane jest wykonanie od 3 do 10 zabiegów. Efektem może być całkowite usunięcie lub rozjaśnienie w przypadku ciemnych pigmentacji.

Niektóre zabiegi laserowego usuwania makijażu mogą się skończyć pojawieniem zielonej, fioletowej lub białej poświaty na brwiach, co oznacza, że stosowany rodzaj sprzętu nie jest w stanie usunąć makijażu.

Pomiędzy zabiegami powinna występować co najmniej 4 tyg. przerwa. Jest to niezbędny czas na wchłonięcie się rozbitego barwnika i regeneracji skóry. Z każdym powtórzeniem zabiegu makijaż jest coraz bledszy aż dochodzi do jego całkowitego zniknięcia.

Zabieg wykonywany jest bez znieczulenia.

Ilość zabiegów jest uzależniona od:

- koloru barwnika
- wielkości i gęstości zawartego w skórze barwnika
- typu barwnika
- głębokości osadzonego pigmentu
- odcienia skóry (im mniej jest opalona skóry, tym zabieg jest bardziej bezpieczny, efektywny i pozbawiona skłonności do przebarwień)
- indywidualnej reakcji immunologicznej na działanie lasera

Określenie z góry konkretnej liczby zabiegów, które należy wykonać jest niemożliwe. Wykonanie kolejnego zabiegu jest możliwe po upływie minimum 4 tyg. przerwy.

Zabieg dotyczy:

☐ makijażu permanentnego .....

W trakcie zabiegu może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowych procedur postępowania - nie uzgodnionej przed zabiegiem z Klientem. W przypadku wystąpienia powikłań konieczne będzie zastosowanie leczenia. Nawet gdy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko Klient powinien liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę wyniku pierwotnego zabiegu.

Czas zabiegu zależy od obszaru poddanego zabiegowi, rodzaju i barwie pigmentu oraz cech indywidualnych naskórka, ale średnio trwa ok. 30 min.

Aby osiągnąć zadowalający efekt, konieczne jest wykonanie od ..... do ..... zabiegów w odstępach 4 tygodni.

## **ALTERNATYWNE METODY WYKONANIA ZABIEGU**

Laserowe usuwanie makijażu permanentnego jest jedną z najbezpieczniejszych metod. Stosowane są alternatywne metody tj. dermabrazja, kwasy czy chirurgiczne wycinanie, które nie są pozbawione bólu oraz dużego – graniczącego z pewnością - prawdopodobieństwa pozostawienia blizn. W przypadku makijażu permanentnego alternatywną metodą usuwania jest zastosowanie Removera.

## **PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU**

Proszę wpisać wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6

miesiące.....

**BEZWZGLĘDNE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU**

|                                                                                                                                                                                                                                                    |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Czy jest Pani w ciąży lub w okresie laktacji?                                                                                                                                                                                                      | TAK NIE |
| Czy ma Pani/Pan zapalenie lub zakażenie skóry (trądzik, opryszczka, zapalenia skórne, alergiczne lub grzybicze zmiany w okolicach podlegających zabiegowi, naczyniaki, liszaje, brodawczaki, przerwania ciągłości naskórka, poparzenia słoneczne?) | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na choroby serca?                                                                                                                                                                                                             | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na choroby autoimmunologiczne?                                                                                                                                                                                                | TAK NIE |
| Czy ma Pani/Pan wysokie ciśnienie krwi?                                                                                                                                                                                                            | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę z zaburzeniami naczyniowymi?                                                                                                                                                                                      | TAK NIE |
| Czy w ciągu ostatniego roku była /Pan poddawana chemioterapii lub radioterapii?                                                                                                                                                                    | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na nowotwór?                                                                                                                                                                                                                  | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na żółtaczkę lub ciężkie choroby wątroby lub nerek?                                                                                                                                                                           | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na zaburzenia pracy tarczycy?                                                                                                                                                                                                 | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na epilepsję?                                                                                                                                                                                                                 | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na choroby immunologiczne?                                                                                                                                                                                                    | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na łuszczycę lub bielactwo?                                                                                                                                                                                                   | TAK NIE |
| Czy choruje Pani/Pan na choroby tkanki łącznej?                                                                                                                                                                                                    | TAK NIE |
| Czy w ciągu ostatnich 3 tyg. poddawała się Pani ekspozycji słonecznej?                                                                                                                                                                             | TAK NIE |
| Czy ma Pani rany lub infekcje skórne w okolicy zabiegowej?                                                                                                                                                                                         | TAK NIE |
| Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani wykonywaną depilację woskiem lub pęsetą?                                                                                                                                                                    | TAK NIE |
| Czy choruje Pani na bielactwo lub hypopigmentację?                                                                                                                                                                                                 | TAK NIE |
| Czy ma Pani zaburzenia krzepnięcia krwi?                                                                                                                                                                                                           | TAK NIE |
| Czy choruje Pani na epilepsję?                                                                                                                                                                                                                     | TAK NIE |
| Czy choruje Pani na toczeń rumieniowaty?                                                                                                                                                                                                           | TAK NIE |
| Czy w ciągu ostatnich 2 tyg. zażywała Pani leki na zapalenie stawów (Auranofin, Aurotimalan sodu)                                                                                                                                                  | TAK NIE |
| Czy choruje Pani na cukrzycę typu I ?                                                                                                                                                                                                              | TAK NIE |
| Czy stosuje Pani leki immunosupresyjne (azatiopryna, 6-merkaptopuryna, metotreksat, cyklosporyna) i sterydy ogólne (encorton, metypred)                                                                                                            | TAK NIE |
| Czy stosuje Pani leki na trądzik Izotek?                                                                                                                                                                                                           | TAK NIE |
| Czy miała Pani wykonywane zabiegi złuszczonej skóry?                                                                                                                                                                                               | TAK NIE |
| Czy ma Pani skłonności do bliznowców?                                                                                                                                                                                                              | TAK NIE |
| Czy przyjmuje Pani leki światłouczulające?                                                                                                                                                                                                         | TAK NIE |
| Czy ma Pani świeżo wykonany makijaż permanentny?<br>(wykonany w ciągu 3 miesięcy)                                                                                                                                                                  | TAK NIE |

**WZGLĘDNE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU**

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Czy ma Pani/Pan problemy z krążeniem? | TAK NIE |
|---------------------------------------|---------|

**CZASOWE PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU**

|                                                                                 |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Czy stosuje Pani/Pan leki do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem? | TAK NIE |
| Czy ma Pani/Pan podniesioną temperaturę ciała lub jest                          |         |

|                                                                             |         |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|
| przeziębiona w dniu zabiegu?                                                | TAK NIE |
| Czy przyjmuje Pani/Pan leki światłouczulające lub suplementy diety:         |         |
| nagietek, dziurawiec, pokrzywa, czystek, skrzyp polny                       | TAK NIE |
| Czy przyjmuje Pani/Pan leki antydepresyjne, sterydy?                        | TAK NIE |
| Czy jest Pani/Pan w trakcie kuracji antybiotykowej w tym retynoidy?         | TAK NIE |
| Czy była Pani/Pan w ciągu ostatniego tygodnia na leczeniu stomatologicznym? | TAK NIE |

Czy posiada Pani/Pan inne schorzenia niewymienione, proszę podać jakie:

.....

Oświadczam, że przed zabiegiem została ze mną przeprowadzona rozmowa, w której Specjalista wykonujący zabieg poinformował mnie o przebiegu zabiegu, jego celu oraz przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

W związku z tym oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym wystąpienia powikłań.

W przypadku podania nieprawidłowych informacji albo zatajenie prawdy, tak owe traktowane będą jako przyczynienie się do powstania szkody (rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała czy negatywny efekt zabiegu) za które wykonujący zabieg nie będzie ponosił odpowiedzialności.

Data i czytelny podpis klienta

.....

#### MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA SKUTKI UBOCZNE PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU - CZĘSTE

- zaczerwienienie
- strupki
- obrzęk
- przebarwienia
- odbarwienia
- zblednięcie skóry
- zmiana struktury
- pęcherzyki

#### MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – RZADKIE

- reakcje alergiczne
- zakażenie bakteryjne
- infekcje
- bąble
- opuchnięcia
- zmiana koloru włosa na odcień siwy czy biały (w przypadku brwi)
- hiperpigmentacja (może wystąpić jako skutek zwiększonej produkcji melaniny przez melanocyty, w odpowiedzi na ciepło generowane przez laser. Ryzyko hiperpigmentacji zależy w dużej mierze od rodzaju skóry, osoby o ciemnej karnacji (fototyp III i IV wg

- Fitzpatricka) są bardziej narażone na wystąpienie tego powikłania. Klienci z wysokim ryzykiem hiperpigmentacji powinni unikać ekspozycji na słońce przed i po zabiegu)
- hipopigmentacja (najczęstszym przewlekłym powikłaniem laseroterapii jest hipopigmentacja, ryzyko wystąpienia tego powikłania jest wyższe u osób o ciemnej karnacji)

#### MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU – BARDZO RZADKIE

- bliznowce

#### ZALECENIE PRZED ZABIEGIEM

- należy całkowicie zaniechać ekspozycji na promienie UV (SŁOŃCE, SOLARIUM) – na 1 miesiąc przed planowanym zabiegiem
- 2 tygodni przed zabiegiem nie wykonywać peelingów mechanicznych i depilacji w miejscu, które ma zostać poddane zabiegowi
- w ciągu 2 tyg. przed zabiegiem nie należy przyjmować leków na zapalenie stawów (Auranofin, Aurotimalan sodu)
- nie należy przyjmować leków immunosupresyjnych (azatiopryna, 6-merkaptopuryna, metotreksat, cyklosporyna) i sterydy ogólne (encorton, metypred)
- nie należy przyjmować leków na trądzik (Izotek)
- na 3 tyg. przed zabiegiem nie należy wykonywać zabiegów złuszczących
- nie należy przyjmować leków światłouczulających
- od zabiegu makijażu permanentnego musi upłynąć min. 3 miesiące

#### ZALECENIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU

- miejsce poddane zabiegowi traktować ze szczególną ostrożnością
- przez 48 godz. po zabiegu należy ochładzać skórę zimnym kompresem w ciągu 30 minut co 2 godziny
- nie należy dopuścić do odmrożenia miejsca poddanego zabiegowi
- nie należy opalać okolicy w której zostaje usuwany pigment przez cały okres wykonywania sesji laserowego usuwania
- należy stosować ochronę z filtrem spf 50 w okolicy wykonanego zabiegu oraz chronić miejsce poddane zabiegowi od słońca
- nie dotykać ani nie masować miejsc poddanych zabiegowi
- zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia
- należy unikać gorących kąpiel w wannie
- nie należy nakładać makijażu w obszarze objętym zabiegiem
- pod żadnym pozorem nie należy zdrapywać strupków
- nie należy korzystać z basenu i sauny przez okres wykonywania zabiegów oraz pomiędzy zabiegami
- zakaz poddawania się zabiegom peelingu chemicznego i mechanicznego
- nie stosować toników na bazie alkoholu oraz kremów z kwasami owocowymi i witaminą A,C przez okres 2 tygodni od zabiegu
- nie przemywać obszaru objętego zabiegiem preparatami z zawartością alkoholu (dopuszczalny jest Octanisept)
- Nie spożywać alkoholu przez 48 godzin po zabiegu

Należy pamiętać, że:

- zbyt długie trzymanie lodowatego kompresu przy skórze oraz ignorowanie nasilających odczuć w trakcie może doprowadzić do odmrożenia
- na skutek odmrożenia skóry mogą powstać przebarwienia oraz oznaki odmrożenia drugiego stopnia
- na skutek braku schładzania skóry stan zapalny się nasila i mogą powstać bąble oraz oznaki oparzenia skóry

Zakres postępowania po zabiegu jest szczegółowo opisany w poradniku, który zostaje przekazany Klientowi po zabiegu. Klient potwierdza własnoręcznym podpisem odbiór poradnika.

**UWAGA!!!** Należy stosować się ściśle do zaleceń pozabiegowych.

**UWAGA!!!** Wystąpienie jakichkolwiek reakcji niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić Specjaliście wykonującemu zabieg.

Oświadczam, że przed zabiegiem została ze mną przeprowadzona rozmowa, w której Specjalista przeprowadzający zabieg poinformował mnie wyczerpująco o możliwych do wystąpienia skutkach ubocznych po przeprowadzonym zabiegu, ryzyku powikłań oraz udzielił mi wyczerpujących informacji co do wymaganych zaleceń po zabiegu.

Zobowiązuję się przestrzegać wszelkich zaleceń przed i po zabiegu, które zostały mi przekazane i objaśnione przez Specjalistę wykonującego zabieg. Rozumiem, że jeżeli nie będę przestrzegać wyżej wskazanych zaleceń możliwe jest wystąpienie zakażenia i powstanie blizn, a także inne skutki uboczne.

Data i czytelny podpis klienta

.....

## **TREŚĆ ZGODY**

Niniejszym oświadczam, że otrzymałam/em od Specjalisty wykonującego zabieg pełną informację na temat wskazań do przeprowadzenia zabiegu, sposobu jego wykonania oraz możliwych do uzyskania efektów.

Miałam/em możliwość zadawania pytań w trakcie rozmowy oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Informacja udzielona przez Specjalistę była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

Jestem świadoma/my, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/ny przez Specjalistę przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/my, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność pomiędzy rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez Specjalistę przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

Udzieliłam/em możliwie jak najbardziej pełnych odpowiedzi na pytania związane z dotychczasowym stanem zdrowia. Ponadto otrzymałam/em instrukcje na temat postępowania i pielęgnacji miejsca zabiegu.

Poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu czynników, a w szczególności od biochemii, rodzaju skóry, karnacji, użytego pigmentu, głębokości i koloru pigmentu, wobec czego nie da się w pełni zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu, ani że będą one identyczne w przypadku każdego klienta. Ilość zabiegów oraz ich efekt jest uwarunkowany dla każdej osoby indywidualnie. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja udanego zabiegu.

Zostałam/em poinformowana/ny, że zabieg należy powtórzyć po min. 4 tygodniach.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, karnacji, obszaru na którym jest wykonywany zabieg, rodzaju i koloru pigmentu. Mam świadomość, że może wystąpić reakcja niepożądana na wiązkę światła.

Decyzja o poddaniu się zabiegowi laserowemu usunięciu makijażu permanentnego jest świadoma i przemyślana.

Oświadczam, że materiały które będą użyte do zabiegu są jednorazowe i otworzone zostały w mojej obecności. W salonie zachowane są najwyższe normy higieniczne.

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z wykonaniem zabiegu laserowego usunięcia makijażu permanentnego, a w przypadku wykonania zabiegu zgodnie z zasadami i etyką pracy osoby wykonującej zabieg, a nie uzyskania spodziewanego efektu nie będę wnosić żadnych roszczeń do osoby wykonującej zabieg.

Oświadczam, że mam świadomość tego, iż Specjalista wykonujący zabieg nie jest lekarzem lub lekarzem dentystą w rozumieniu Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ale posiada bogate doświadczenie w zakresie wykonywanych zabiegów. Oświadczam, że nie będę kierował/a roszczeń związanych z tym, że Specjalista wykonujący zabieg nie jest lekarzem lub lekarzem dentystą, gdyż jestem tego świadom/a przed poddaniem się zabiegowi oraz wyrażam na to świadomą zgodę.

Data i czytelny podpis klienta:

.....

Oświadczam, że w dniu zabiegu otrzymałam/em poradnika z zaleceniami po zabiegu do których jestem zobowiązana/y się stosować.

Data i czytelny podpis klienta:

.....

**Oświadczenie osoby wykonującej zabieg.**

Po przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu z klientem podejmuję się wykonania zabiegu usunięcia makijażu permanentnego

Dodatkowy komentarz osoby wykonującej

zabieg:.....  
.....  
.....

Osoba wykonująca zabieg (data i czytelny podpis): .....