

Декларация за информирано съгласие за провеждане на процедури с Cooltech

Аз _____, дата на раждане _____
лична карта №: _____

Декларирам, че

С този документ упълномощавам медицинския специалист и упълномощения персонал _____ да прилагат терапия с криолиполиза посредством апликатора cooltech define, която представлява неинвазивна техника за премахване на локализиран масни натрупвания чрез прякото действие на контролиран процес на охлаждане на третираната зона с помощта на засмукващ апликатор.

Разбирам, че:

Целта на процедурата е подобряване на външния вид и оформяне на контурите на тялото.

Предимството на криолиполизата пред хирургичните процедури е, че тя представлява неинвазивна терапия, при която освен времето, необходимо за извършване на процедурата, не се изисква период, през който пациентът да не извършва обичайните си занимания с цел възстановяване. Потенциалните ползи от тази терапия са намаляване на обиколката на третираната област и намаляване на дебелината на кожните гънки.

Извършването на криолиполиза е показано при пациенти с нормално или с наднормено тегло. Понякога е необходимо прилагане на повече от една терапевтична сесия в една и съща зона, за да се постигне желаният контур на тялото. Препоръчва се да се изчака най-малко 6 седмици преди да се повтори терапията в същата област, въпреки че процесът на намаляване на мастната тъкан може да отнеме до 3 месеца.

Процедурата се извършва по желание на пациента, като не може да се гарантира че тя ще даде резултат, както и да се гарантира качеството на постигнатите резултати. След процедурата може да са необходими около 3 месеца, за да станат видими окончателните резултати.

Медицината не е точна наука и всеки пациент реагира различно. Терапията не е средство, заместващо естественото отслабване и не измества традиционни методи като липосукцията.

За да се постигнат максимално добри резултати, е необходимо да се спазва диета с ниско съдържание на мазнини и да се поддържа физическа активност поне 3 месеца след терапията. Болка, зачервяване, възпаление на кожата, усещане за изтръпване, сърбеж, дискомфорт и хематоми върху чувствителна кожа са често или много често срещани нежелани ефекти, свързани с терапията. Повечето от тези състояния са временни и отшумят след няколко дни или седмици. В случай че забележите симптоми, различни или по-интензивни от очакваните, свържете се с медицински специалист.

Потвърждавам, че:

На език, който разбирам, получих подробна информация за ефектите и естеството на процедурите, които ще ми бъдат извършени, включително и за потенциалните рискове, алтернативни хирургични и нехирургични процедури, както и евентуален дискомфорт и нежелани ефекти, които могат да възникнат (раздел „Нежелани ефекти“) дори при нормален възстановителен период след терапията. Също така получих информация относно противопоказанията за приложението на криолиполиза (раздел „Противопоказания“) и получих задоволителен отговор на всички въпроси, които лично и свободно зададох по отношение на криолиполизата с cooltech. Беше ми обяснена важноста на използването по време на процедурата на криопротективната мембрана **Cool Gel Pad**, както и важноста на това опаковката, съдържаща мембраната **Cool Gel Pad**, да се отвори в мое присъствие, тъй като този артикул е предназначен да се използва само веднъж на третирана област и при една процедура.

В заключение, декларирам и удостоверявам, че:

При предоставяне на информация, свързана с моята медицинска и хирургична анамнеза, не съм пропуснал(-а) или изменил(-а) каквато и да е информация, която би могла да представлява противопоказание за извършване на процедура, включваща криолиполиза (раздел „Противопоказания“) и изрично съм уведомил(-а) медицинския специалист за всяко лекарство, прието от мен в рамките на 24 часа преди провеждането на процедурата, както с това освобождавам центъра, извършващ процедурата, медицинския специалист и производителя от всякаква отговорност по отношение на потенциалните нежелани ефекти, които могат да възникнат поради липса на прозрачност от страна на пациента по време на подписването на този документ.

Съгласие:

Приемам факта, че не е възможно да ми бъдат предоставени абсолютни гаранции по отношение на резултатите от процедурата и заявявам, че получих задоволителен отговор на всички мои въпроси в тази връзка. Поемам риска, че въпреки правилното провеждане на терапията постигнатият естетичен резултат може да не съвпадне с моето лично и субективно възприятие и че това е нещо, което медицинският специалист не е в състояние да предвиди или избегне.

Разбирам, че извършването на предложената процедура не изчерпва всички налични възможности и може да възникне нужда от допълнителни терапевтични мерки. Приемам факта, че определени лични обстоятелства (заболяване, навици и лечения, за които съм уведомил(-а) при снемане на медицинската ми анамнеза) могат да повишат риска от появата на посочените усложнения. Приемам факта, че е възможно терапията да доведе до влошаване, а не до подобрение на крайните естетически резултати. Също така се съгласявам да спазвам инструкциите относно грижите след процедурата и по-конкретно - да спазвам всички предпазни мерки, за които съм уведомен(-а).

Давам изричното си съгласие да се свързват с мен чрез предоставените данни за контакт, с цел да ми бъдат предложени бъдещи терапии, които могат да ме интересуват, според моите дерматологични характеристики и медицинска анамнеза. Давам изричното си съгласие да бъда фотографиран(-а) или заснеман(-а) преди, по време на и след терапията, тъй като получените изображения представляват графичен инструмент за диагностика и регистрация в моята медицинска документация.

Не изпитвам съмнения, свързани с горепосоченото, и разбирам добре документа, който подписвам сега:

Подпис на пациента:

Име и фамилия:

Дата:

Подпис на лекаря / упълномощеното лице:

Име и фамилия:

Дата:

Противопоказания

Не прилагайте терапия при следните противопоказания:

П1

Нарушения, свързани със студ (криоглобулинемия, пароксизмална хемоглобинурия при студ, болест на Рейно и др.).

П2

Бременност и кърмене

Предупреждения

Приложението може да бъде разрешено в някои случаи под лекарски контрол. Sosoop Medical обаче не носи отговорност за това. Проявявайте особено внимание, преди да извършите процедурата при следните състояния, тъй като ефектите от тези състояния не са проучени. Прилагането на терапия трябва да бъде разрешено от лекар, ако пациентът има някое от следните състояния:

П1

Дерматологични медицински процедури в третираната зона (химически пилинг, дермабразия и др.).

П2

Променена съдова циркулация в областта, в която ще се прилага терапия (разширени вени, флебит, тромбофлебит).

П3

Пародонтални заболявания (терапия в областта на лицето).

П4

Нарушения на чувствителността на кожата или невропатии.

П5

Кръвни заболявания, употреба на антикоагуланти и антиагрегантни средства.

П6

Скорошни операции или белези в съседство на областта, в която ще се прилага терапия, или анамнеза за херния в областта, в която ще се прилага терапия.

П7

Активни дерматологични лезии в областта, в която ще се прилага терапия (дерматит, псориазис, чувствителна кожа, изгаряния и др.).

П8

Имплантирани устройства (пейсмейкъри или дефибрилатори).

П9

Хронично-дегенеративни заболявания (хипертония, диабет, сърдечна недостатъчност, бъбречна недостатъчност, чернодробна недостатъчност и др.), при които не е постигнат задоволителен контрол.

П10

Инфекциозни заболявания (локални или системни).

П11

Автоимунни заболявания (системен лупус еритематозус, склеродермия, синдром на Съогрен и др.).

П12

Имуносупресивни заболявания (СПИН) и употреба на имуносупресивни лекарства

П13

Злокачествени патологии, предракови лезии или неоплазми и приложение на имунотерапия.

П14

Анамнеза за хиперплазия или хипертрофия.

П15

Терапия с кортикостероиди

П16

Психични разстройства (хранителни, соматични и др.).

П17

Алергична реакция към мембраната или геловите съединения

Нежелани ефекти

Проведен е библиографски преглед с помощта на различни метатърсещи системи (Pubmed, Cochrane и др.). Включени са статии, публикувани преди не повече от 10 години, с ниво на доказателственост А или В. Анализирани са общо 129 статии.

Различните честоти на възникване на нежелани

ефекти са класифицирана от международната организация CIOMS23 (Съвет на международните медицински научни организации) и ЕМА (Европейска агенция по лекарствата).

- Много чести
- Чести
- Нечести
- Рядко срещани

По време на и непосредствено след терапевтичната сесия:

НЕ1

Временни нарушения на чувствителността на кожата в резултат на охлаждането: изтръпване, усещане за придърпване (много често)

НЕ2

Зачервяване и възпаление (много често)

НЕ3

Мускулни спазми (често)

НЕ4

Вазовагални симптоми: замаяност, гадене (често)

НЕ5

Дискомфорт (често)

НЕ6

Алергична реакция към съединенията в мембраната или гела (нечесто)

НЕ7

Термична травма (много рядко)

След сесията (24 часа след процедурата)

НЕ8

Дискомфорт (много често)

НЕ9

Временни нарушения на чувствителността на кожата: парестезия или дизестезия (много често)

НЕ10

Синини (много често)

НЕ11

Зачервяване и възпаление (много често)

НЕ12

Хиперпигментация и хипопигментация (често)

НЕ13

Атрофия (хипотрофия и хипертрофия), паникулит, парадоксална хиперплазия на мастната тъкан, фиброза и др. (нечесто)

НЕ14

Образуване на възли (рядко)

НЕ15

В областта под брадичката: нарушения на двигателните нерви и понижена секреция на слюнка (много рядко)

Повечето от тези състояния са временни и отшумяват след няколко дни или седмици. Ако имате усещане за някакви различни или по-тежки симптоми, свържете се с лекар специалист