

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

INJEKCIÓS PLASZTIKAI KEZELÉSEK

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Alapvetően két esetben alkalmazunk injekciós plasztikai kezelést. Akkor, ha valahol a testen előforduló, esetünkben esztétikai szempontból zavaró térfogat hiányt (ami lehet ránc, kimélyült vagy mélynek ítélt bőrredő, besüppedt, térfogat hiányos terület) szeretnék kiemelni. Másik lehetőség, hogy a főképpen az arcon a mimikai izmok működése kapcsán képződő ráncokat, szarkalábakat, bőrredőket korrigáljuk és csökkentjük azzal, hogy a kialakulásukért felelős izmok működését gyengítjük vagy bénítjuk
- 2. A beavatkozás célja, menete, technikája:** Töltéshez töltő anyagokat (fillereket) használunk. A tartósan bent maradó és fel nem szívódó, általunk ismert töltő anyagok hátránya, hogy idővel környezetükben késői típusú immunválaszt okozhatnak, amely gyulladáshoz, hosszas kezeléshez, esetleg a töltő anyag műtéti úton történő eltávolításához vezethet. Így akár torzító hegek is visszamaradhatnak, amelyek az érintett terület esztétikai viszonyait végleges is ronthatják. Ilyen anyagot csak a páciens kifejezett kérésére alkalmazunk, aki jelen nyilatkozat aláírásával vállal bármely az anyag alkalmazása kapcsán felmerülő szövődmény, beleértve az esetleges szükséges kezelések költségét is!
Töltéshez felszívódó, hyaluronsav alapú készítményeket javasolunk. A kívánt hatás jól megvalósítható alkalmazásukkal és biztonságosak. Hátrányuk, hogy hatásuk átmeneti, hiszen a lebomlásukhoz szükséges enzimek szervezetünkben vannak. Előre sajnos nem ismert, hogy kinél milyen mértékű ezeknek az enzimeknek az aktivitása. Ez befolyásolja, hogy a beültetett anyag mennyi ideig marad helyben és fejt ki hatását. Az előállító cégek fél éves felszívódási időt jeleznek előre, de előfordult olyan páciens is, akinél napok vagy akár egy hét alatt a teljes beültetett mennyiség felszívódik. Ezt előre megjósolni vagy a folyamatot befolyásolni nem tudjuk.
A mimikai izmok működésének blokkolásához Botoxot használunk, amely egy bakteriális toxin, tehát egyfajta mérgező anyag, amelynek orvosi, esztétikai céllal való alkalmazása biztonságos módszernek számít jelenleg a világon. Az injekciót steril körülmények között közvetlenül a bénítani kívánt izomba adjuk be. A hatás 24 óra múlva kezd kialakulni. A hatás időtartama változó, általában 3 hónap, de elhúzódhat hosszabb ideig is.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A térfogatot pótló töltő anyagok esetén kialakulhat aszimmetria, ha a töltő anyag nem azonos ütemben szívódik fel akár egymástól néhány mm vagy cm távolságban lévő területen (más szúrásból töltött területek). Invazív beavatkozásról van szó, amely kapcsán bevérzés, fertőzés, gyulladás is kialakulhat, amely további, akár elhúzódó kezelést is szükségessé tehet, amely kapcsán a kezelt terület esztétikai viszonyai a kiindulási helyzethez képest akár kedvezőtlenebbek is lehetnek.

Botox kezelés során, amennyiben a bejuttatott toxin a szövetek között diffundálva (szivároghva) messzebbre is eljut, nem kívánt izom területeken is kialakulhatnak bénulásos tünetek, akár a páciens számára zavaró esztétikai, esetleg funkcionális következményekkel. Az így kialakult állapot nem befolyásolható, csak a toxin lebomlásával, hónapok múlva szűnik meg. A bénított izmok révén a kezelt régióban a mimikai mozgások beszűkülnek, ami esetenként a páciens számára zavaró is lehet. Ritkán, de a kezelés kapcsán bevérzés, fertőzés, gyulladás itt is kialakulhat annak fent részletezett veszélyeivel.

4. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

5. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztató megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.