

BODY – JET LIPOSUKCJA W LOKALNYM ZNIECZULENIU

PRZEWODNIK PRZED ZABIEGIEM:

1. 14 dni przed zabiegiem zalecane jest zaprzestanie zażywania aspiryny i ibuprofenu, oraz środków obkurczających naczynia krwionośne. Przed zaprzestaniem zażywania ww. leków należy skonsultować się ze swoim lekarzem.
2. Przed zabiegiem można spożywać posiłki, ponieważ standardowo zabieg wykonywany jest wyłącznie w znieczuleniu miejscowym.
3. Przed zabiegiem należy poinformować lekarza o zażywanych lekach oraz o ostatnich zmianach stanu zdrowia.
4. Warto spróbować zaprzestać lub chociaż ograniczyć palenie papierosów, ponieważ zmniejszają krążenie krwi i utrudniają proces gojenia.
5. Zaleca się umycie mydłem antybakteryjnym obszarów, które będą poddane zabiegowi.

PO ZABIEGU:

1. Opatrunki i bandaże bezpośrednio po zabiegu powinny zostać utrzymane przez minimum 3 doby lub do wyznaczonej wizyty kontrolnej.
2. W pierwszych dniach po zabiegu może dojść do sączenia się płynu z miejsc wkłucia - trwa to zazwyczaj nie dłużej niż 24 godziny.
3. Po zabiegu lekarz wypisuje proponowaną terapię przeciwbólową, ewentualnie antybiotyki.
4. W celu pozabiegowej profilaktyki przeciwzakrzepowej zaleca się wykonywanie kilku 15 minutowych spacerów dziennie. Bierny odpoczynek jest przeciwwskazany. Intensywny wysiłek fizyczny dozwolony jest po około 2-3 tygodniach.
5. Bolesność, obrzęk i zasinienia obszarów pozabiegowych jest nieunikniony. Może utrzymywać się nawet do 3 – 4 tygodni. W razie pojawienia się zwiększonego bólu, nagłego zaczerwienienia czy zwiększonej ciepłoty w miejscu objętym liposukcją, warto skontaktować się z Kliniką, pod nr. 792 100 306, w celu wykluczenia wystąpienia infekcji.
6. Na 4 – 7 dobę z miejsc nacięć zdejmowane są szwy.
7. Także na 4 – 7 dobę po zabiegu można wziąć prysznic – lekarz wydaje indywidualne zalecenia każdemu Pacjentowi. Przez minimum 7 dni po zabiegu należy unikać gorących kąpeli oraz sauny.
8. Po 7 dobach od zabiegu należy rozpocząć masaże miejsc objętych liposukcją. Pierwsze 2-3 z nich to ręczne drenaże limfatyczne. Do prawidłowej rekonwalescencji należy wykonać mniej więcej 2 masaże w tygodniu przez okres od 1 do 2 – 3 miesięcy.

Podpis Pacjenta

KARTA PACJENTA – informacje podstawowe

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

DATA URODZENIA: PESEL:

TEL. KONTAKTOWY: E – MAIL:

WAGA: WZROST:

RODZAJ ZABIEGU:

Wykonane badania diagnostyczne.:

Morfologia krwi	TAK	NIE
Czas krwawienia i krzepnięcia krwi	TAK	NIE
Próby wątrobowe	TAK	NIE
CRP	TAK	NIE
USG piersi	TAK	NIE

KARTA PACJENTA – wywiad medyczny

Czy cierpisz na jakieś choroby? Cukrzycę, żółtaczkę, inne choroby wątroby, AIDS, astmę, choroby umysłowe, choroby serca, anginę, zbyt wysokie lub zbyt niskie ciśnienie krwi, krwotok, choroby nerek, epilepsję?.....

Czy miałeś/miałaś infekcję bakteryjną, grzybiczą, wirusową w okresie ostatnich 3 miesięcy? TAK NIE

Czy chorujesz na opryszczkę (Herpes Simplex)? TAK NIE

Czy miałeś/miałaś zabiegi operacyjne, zastrzyki, wstrzyknięcia w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

.....TAK NIE

Czy masz jakieś alergie (na leki, żywność, lateks)?..... TAK NIE

Czy w przeszłości miałeś/ miałaś reakcję anafilaktyczną?..... TAK NIE

Czy przyjmujesz obecnie jakieś leki lub suplementy? Jeśli tak to jakie?.....TAK NIE

.....

Czy cierpisz z powodu stresu lub napadów paniki?TAK..... NIE.....

Czy masz wszczepiony stymulator / defibrylator serca?TAK..... NIE.....

Czy masz wszczepione jakieś elementy metalowe, np. piny, płytki, itp.?..... TAK..... NIE.....

Czy masz aparat słuchowy lub wszczepiony implant ślimakowy?.....TAK..... NIE....

Czy zażywasz terapię hormonalną?TAK..... NIE.....

Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią?..... TAK..... NIE.....

Czy często miewasz siniaki?..... .TAK... NIE.....

Czy przechodziłeś/ łaś ostatnio jakieś zabiegi stomatologiczne?..... TAK... NIE....

Czy masz implanty stomatologiczne? TAK... NIE....

Czy jesteś obecnie na diecie? TAK..... NIE....

Czy palisz papierosy?..... TAK..... NIE....

Podpis Pacjenta

FORMULARZ ZGODY PACJENTA:

- 1.Przeczytałem(am) i w pełni rozumiem formularz zgody pacjenta na zabieg liposukcji.
- 2.Potwierdzam, że rozumiem wszystkie aspekty zabiegu. Zostały one w pełni wyjaśnione i przedyskutowałem/ łaam je z lekarzem prowadzącym.
- 3.Potwierdzam, że otrzymałem/ łaam instrukcje po-zabiegowe i rozumiem, że nie zastosowanie się do nich może spowodować pogorszenie efektu zabiegu i zwiększyć ryzyko wystąpienia komplikacji.
- 4.Zgadzam się na kontakt z Kliniką NOVILINE jako pierwszą instytucją, w jak najkrótszym czasie wystąpienia wątpliwości co do zabiegu, efektów ubocznych oraz komplikacji.
- 5.Rozumiem, że do uzyskania pożądanego efektu konieczne może być wykonanie więcej niż jednego zabiegu.
- 6.Autoryzuję lekarza do zrobienia fotografii do kartoteki Kliniki. Jeśli Klinika będzie chciała wykorzystać fotografie do jakichkolwiek celów komercyjnych lub publikacji, będzie to wymagało podpisania oddzielnej umowy.
- 7.Uzupeliłem/ łaam formularz wywiadu medycznego i rozumiem, że ukrywanie wszystkich faktów może spowodować, że zabieg będzie nieudany i/ lub zwiększy się ryzyko wystąpienia komplikacji po zabiegu.
- 8.Miałam możliwość zadania wszystkich pytań i uzyskałam satysfakcjonujące odpowiedzi.
- 9.Zostałam poinformowana o możliwości wystąpienia efektów ubocznych i ryzyku związanym z zabiegiem.
- 10.Rozumiem, że wyniki zabiegu są różne u różnych pacjentów i nie mogą być gwarantowane.
- 11.Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu pod warunkiem spełnienia wszystkich powyższych uzgodnień.

UWAGI DLA PACJENTA

Lekarz jest tu po to, by pomóc. Wyjaśni Państwu proponowany zabieg oraz wszystkie metody alternatywne. Możecie Państwo zadać każde pytanie oraz oczekiwać pełnego wyjaśnienia.

Data i podpis pacjenta