

**ZGODA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU – MEZOTERAPIA INTYMNA  
Z UŻYCIEM OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO**

DANE OSOBOWE PACJENTKI:

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

TELEFON KONTAKTOWY: .....

**1. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:**

Czy aktualnie się Pani na coś leczy? TAK  NIE

Jeśli tak, to na co:

---

Czy jest Pani na coś uczulona? lateks, lidokaina, maści, inne? TAK  NIE

Jeśli tak, to na co:

---

Czy występują u Pani obrzęki? TAK  NIE

Czy występuje u Pani swędzenie? TAK  NIE

Czy ma Pani skłonność do krwawień? TAK  NIE

Czy miała Pani epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani na **choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani na **inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani na **choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani/Pan na **zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa)? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani na **choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani na **choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)? TAK  NIE

Czy ma Pani alergię? (leki, zwierzęta, rośliny, pokarmy, pyłki etc.) TAK  NIE   
Jeżeli tak, to na co:

---

Czy choruje lub chorował(a) Pani na choroby autoimmunologiczne? TAK  NIE   
Jeżeli tak, to jakie:

---

Czy choruje lub chorował(a) Pani/Pan na **choroby zakaźne**:

żółtaczką zakaźną typu A    TAK  NIE     AIDS/ HIV    TAK  NIE

żółtaczką zakaźną typu B    TAK  NIE     gruźlica    TAK  NIE

żółtaczką zakaźną typu C    TAK  NIE     ch. weneryczne    TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pani na **opryszczkę**? TAK  NIE

Czy cierpi Pani na inne dolegliwości? TAK  NIE

Jeżeli tak, to jakie:

---

Czy przyjmuje Pani jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK  NIE

Jeśli tak, to jakie:

---

Czy w obrębie obszaru skóry, który ma być poddany zabiegowi pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK  NIE

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek zabiegi na skórze w obszarze, który ma być poddany zabiegowi? TAK  NIE

Jeśli tak, to jakie:

---

Czy w ostatnich 18 miesiącach były wykonywane jakiegokolwiek zabiegi laserowe na skórze w obszarze, który ma być poddany zabiegowi? TAK  NIE

Jeśli tak, to jakie:

---

Czy choruje lub chorował(a) Pani na choroby nowotworowe? TAK  NIE   
Jeżeli tak, to kiedy i jakie?

---

Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE

## 2. Rozmowa z osobą wykonującą zabieg (lekarz, położna)

Prosimy, aby zapytał(a) Pani lekarza/położną o wszystko co chciał(a)by Pani wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego zabiegu oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u lekarza/położnej wykonującego zabieg.

### Zastrzeżenia pacjenta co do proponowanego zabiegu

---

---

---

### 3. Oświadczenia pacjenta

Ja, niżej podpisana niniejszym oświadczam, że:

- zostałam poinformowana o właściwościach oraz zastosowaniu osocza bogatopłytkowego
- zapoznałam się z w/w przeciwwskazaniami do zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego
- zostałam poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić po wykonaniu zabiegu z zastosowaniem osocza bogatopłytkowego
- wszystkie informacje podane przeze mnie powyżej w punkcie 2 niniejszego formularza oraz w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą, udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, nie zataiłam przed lekarzem/ położną żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na skuteczność zabiegu
- w pełni zrozumiałam wszystkie informacje zawarte w niniejszym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem/położną
- zostałam w sposób szczegółowy i zrozumiały poinformowana przez osobę medyczną przyjmującego niniejsze oświadczenie, o zabiegu z wykorzystaniem osocza bogatopłytkowego, jego celu i charakterze, o dających się przewidzieć jego następstwach dla mojego stanu zdrowia w przyszłości
- zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi oraz wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący
- zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla zabiegu mezoterapii osoczem bogatopłytkowym, łącznie z możliwością jego zaniechania
- zostałam poinformowana o kosztach zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego, a także o konieczności powtarzania zabiegu w celu osiągnięcia trwałych efektów
- rozumiem, iż efekt końcowy zabiegu zależy od wielu czynników i nie zawsze może być przewidywalny
- po zapoznaniu się z treścią niniejszego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem/położną spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego

**Wobec powyższego, wyrażam zgodę na przeprowadzenie wyżej opisanego zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego oraz potwierdzam prawdziwość wszelkich oświadczeń zawartych w niniejszym formularzu**

\_\_\_\_\_  
*miejsowość, data*

\_\_\_\_\_  
*czytelny podpis pacjenta*

#### 4. Oświadczenie lekarza/położnej

Ja niżej podpisana(y) niniejszym oświadczam, że:

- u pacjenta istnieją wskazania do wykonania zabiegu mezoterapii okolicy intymnej osoczem bogatopłytkowym
- pacjentka uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu z użyciem osocza bogatopłytkowego, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjenta w przyszłości, o alternatywnych możliwościach dla zabiegu, łącznie z możliwością jego zaniechania.

---

*miejsowość, data*

---

czytelny podpis lekarza/ położnej