

INFORMĀCIJA PACIENTAM

Pateicamies, ka Jūs izvēlējāties **Skin Tech Pharma Group RRS® III CE** injicējamās klases mezo-terapiju un biorevitalizāciju. Mēs esam pārliecināti, ka Jūs būsit pilnīgi apmierināta ar momentālu efektu un rezultātu noturību.

Neskatoties uz to, nepieciešams izpildīt dažus noteikumus, lai izslēgtu infekcijas un komplikāciju risku.

LŪDZU, UZMANĪGI IZLASIET SEKOJOŠĀS REKOMENDĀCIJAS, KURAS PALĪDZĒS JUMS SAGLABĀT MAKSIMĀLO REZULTĀTU PĒC INJEKCIJAS.

<p>Pēc injekcijas (2-3 dienas) Jums nevajag:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lietot dekoratīvo kosmētiku.• Aiztikt ar rokām injekcijas vietu.• Peldēt un izpildīt fiziskos vingrojumus.• Sauļoties vai ilgstoši atrasties saulē.• Apmeklēt jebkura veida saunu un pirti.• Atrasties ļoti aukstas vai zemas temperatūras ietekmē, vai strauju temperatūras maiņas apstākļos.	<p>Ja preparāts ir ievadīts lūpās vai ap tām:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nelietot ļoti karstus un ļoti aukstus dzērienus.• Censties neskūpstīties pirmo 24-stundu laikā. <p>ATCERIETIES, ka nekādas papildus procedūras tādas kā dziļais pīlings, lāzera terapija, nav ieteicams lietot vismaz vienu mēnesi.</p>
---	--

BLAKUSEFEKTI

Dažos gadījumos var novērot dažus blakusefektus: apsārtumu, vietējo tūsku, vieglu sāpīgumu. Šīs parādības turpinās dažas stundas, maksimāli dažas dienas. Tā ir normāla reakcija uz injekciju. Tomēr, ja Jūs šīs reakcijas novērojat sev, tad ieteicams piezvanīt Jūsu ārstam, lai saņemtu profesionālu konsultāciju par šiem blakusefektiem. Lai sasniegtu vēlamu rezultātu, var gadīties, ka būs nepieciešamas papildus injekcijas. Apspriediet šos jautājumus ar ārstu.

Pat pēc precīzi izpildītas injekcijas, ar pieredzes bagāta speciālista rokām var būt risks, kas saistīts ar katra pacienta individuālām fizioloģiskām īpatnībām. Vietējās infekcijas gadījumā Jums var nozīmēt antibakteriālo terapiju.

<p>Lai novērstu blakusefektus, Jūsu ārsts var izlemt neievadīt STPG RRS sekojošās ādas zonās:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ja ir aktīvs iekaisums.• Tur, kur jau ir veiktas filler-injekcijas.• Tur, kur ievadīts uzsūcošais fillers pēdējo 6 mēnešu laikā.	<p>Nerekomendējam ievadīt STPG RRS, izņemot preparātus cīņai ar akni, ja:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ir grūtniecība.• Bērniem līdz 18 gadiem.
---	--

Ar cieņu,
SIA "Soneil Studio"
Latvija, Rīga, Ģertrūdes iela 51, Tel.: 29262068

RAKSTISKA PIEKRIŠANA

Vārds:	Uzvārds:	Dzimšanas datums:
Adrese:	E-pasts:	Telefons:

JŪSU MEDICĪNAS VĒSTURE

Jūsu drošībai atzīmējiet punktus, kuri attiecas uz Jums:

<p>Lūdzu, atzīmējiet, ja pēdējo 6 mēnešu laikā Jums:</p> <p><input type="checkbox"/> Tika izdarītas ķirurģiskās iejaukšanās</p> <p>Kādas? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Izrauts zobs</p> <p><input type="checkbox"/> Covid-19 vakcīnas datums _____</p> <p><input type="checkbox"/> Covid-19 pārslimošanas datums _____</p> <p>Lūdzu, atzīmējiet, ja Jūs:</p> <p><input type="checkbox"/> Esat stāvoklī</p> <p><input type="checkbox"/> Barojiet ar krūti</p> <p><input type="checkbox"/> Ja ir alerģija uz anestēzijas līdzekļiem</p> <p><input type="checkbox"/> Nekas no augstākminētā</p>	<p>Lūdzu, atzīmējiet, ja Jums ir sekojošas slimības:</p> <p><input type="checkbox"/> Alerģija</p> <p>Kāda? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes paasinājums</p> <p><input type="checkbox"/> Recidivējošais herpes</p> <p><input type="checkbox"/> Akne saasinājums</p> <p><input type="checkbox"/> Ādas saslimšana paasinājumu stadijā</p> <p><input type="checkbox"/> Cukura diabēts</p> <p><input type="checkbox"/> Jebkura autoimūna saslimšana</p> <p>Kāda? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nekas no augstākminētā</p>
<p>JŪSU MEDICĪNISKIE PREPARĀTI</p> <p>Atzīmējiet, ja pašlaik Jūs lietojiet sekojošus preparātus:</p> <p><input type="checkbox"/> Antibiotikas</p> <p><input type="checkbox"/> Glikokortikoidus ar sistēmas darbību</p> <p><input type="checkbox"/> Nesteroīdus pretiekaisuma līdzekļus</p> <p><input type="checkbox"/> Antikoagulantus</p> <p><input type="checkbox"/> Citus preparātus</p> <p>Kādus? _____</p> <p>Kāpēc? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Neko nelietoju</p>	<p>JŪSU IEPRIEKŠ LIETOTIE GĒLI INJEKCIJĀM KONTŪR-PLASTIKAI</p> <p>Vai Jums agrāk tika injicēti filleri?</p> <p><input type="checkbox"/> Jā</p> <p><input type="checkbox"/> Nē</p> <p>Ja jā, tad kad? (mēnesis/gads) _____</p> <p>Vai iepriekš bija problēmas saistītas ar mezo injekcijām?</p> <p><input type="checkbox"/> Jā</p> <p><input type="checkbox"/> Nē</p> <p>Ja bija, tad aprakstiet tās _____</p>

Pacientam, kas atzīmēja kaut vienu punktu, injekcijas nav ieteicamas veikt. Nekad neievadiet RRS zonā, kur injicēts pastāvīgais implants vai pagaidu filleris, ne mazāk kā pēdējo 6 mēnešu laikā.

Covid-19! Brīdinam, ka pēc mezoterapijas procedūras var notikt iekaisuma reakcija, kas saistīta ar Covid-19 vīrusa antivielām vai arī pēc vakcinācijas. Iekaisuma reakcija varētu būt saistīta ar pastiprinātu imūnsistēmas darbību.

RAKSTISKA PIEKRIŠANA

Ar šo es atļauju veikt man injekcijas sejas/ķermeņa ādas korekcijai. Es esmu pilnīgi informēta par injekcijas rezultātiem, kopējiem un specifiskiem riskiem, momentālām un attālām komplikācijām un blakusefektiem, kurus var izsaukt šī procedūra. Es paziņoju ārstam par visām manām alerģijām, kuras man ir zināmas un par visām zālēm, kuras es šobrīd lietoju. Es paziņoju, ka paredzētajā RRS ievadīšanas zonā agrāk nekad netika ievadīti filleri, un pēdējo 6 mēnešu laikā nav ievadīti uzsūcošie filleri. Es neesmu stāvoklī un nebaroju ar krūti. Ārsts deva atbildes uz visiem jautājumiem par procedūru. Šī informācija apmierina mani, un es dodu savu piekrišanu RRS injekcijai.

Datums	Pacients (paraksts)	Speciālists (paraksts)
--------	---------------------	------------------------