

USUWANIE / ROZJAŚNIANIE NIEUDANYCH MAKIJAŻY PERMANENTNYCH PREPARATAMI SWISS COLOR

INFORMACJE OGÓLNE

- przed rozpoczęciem zabiegu na brwiach konieczne jest **zgolenie włosów**, co zapobiega wrywaniu cebulek włosowych z rozmiękczonej skóry
- efekt końcowy oraz liczba zabiegów koniecznych do jego uzyskania zależy od wielu czynników, w tym od ilości i rodzaju usuwanego pigmentu oraz głębokości jego osadzenia, a także odpowiedzi układu odpornościowego danej osoby. Dlatego nie jest możliwe precyzyjne określenie liczby zabiegów ani ich skuteczności. Zakłada się, że konieczne są minimum 3 sesje. Przerwa pomiędzy kolejnymi sesjami jest ustalana indywidualnie - zwykle trwa od 2 do 3 tygodni
- okres regeneracji przed kolejną pigmentacją trwa od 6 do 10 tygodni
- mocne zaczerwienienie skóry poddanej zabiegowi jest normalnym efektem procesu gojenia i może trwać do kilku miesięcy.

ZASADY PIELĘGNACJI

- miejsce poddane zabiegowi **musi** pozostać suche przez 2 do 3 dni; jeśli w celu tymczasowej ochrony przed czynnikami zewnętrznymi został zastosowany sterylny opatrunek, należy go możliwie szybko usunąć aby umożliwić przeschnięcie skóry
- nie dotykać obszaru objętego zabiegiem i nie usuwać powstających strupów
- **osoby będące nosicielami wirusa opryszczki powinny po zabiegu na ustach zapobiegawczo przyjmować odpowiednie doustne leki przeciwwirusowe (dawkowanie zgodnie z ulotką); kurację należy rozpocząć najpóźniej 1 godzinę po zabiegu**
- do czasu odpadnięcia strupa bezwzględnie unikać kontaktu z wodą (pływanie, kąpiele w wannie), z zimnym/gorącym powietrzem (sauna, jazda na nartach) oraz innymi czynnikami mogącymi wywołać infekcję; nie myć miejsca poddanego zabiegowi, nie używać kosmetyków kolorowych, płynów do demakijażu, toników, żeli oczyszczających czy peelingów; w przypadku zabrudzenia obszaru zabiegu obficie obmyć solą fizjologiczną, zdezynfekować Octaniseptem i pozostawić do wyschnięcia
- bezpośrednio po zabiegu i w całym procesie gojenia (również po odpadnięciu strupków) 2 razy dziennie należy stosować specjalistyczny krem przyspieszający regenerację otrzymany po zabiegu; krem należy nakładać po dokładnym umyciu rąk
- do czasu zejścia zaczerwienienia (do kilku miesięcy) należy bezwzględnie unikać promieniowania UV (słońce, solarium). Obszar zabiegu powinien być osłonięty gdy jesteśmy na zewnątrz; po odpadnięciu strupa należy stosować kremy z filtrem UV-50
- przez okres regeneracji (do 10 tygodni) nie wykonywać zabiegów kosmetycznych i medycyny estetycznej w obszarze objętym zabiegiem (lifting, botoks, wypełnianie, peelingsi kwasowe itp.)

EFEKTY NIEPOŻĄDANE

- następstwem zabiegu jest niewielki, miejscowy stan zapalny; jeśli w obszarze skóry poddanej zabiegowi przez dwa lub więcej dni występuje ból, opuchlizna i silne zaczerwienienie lub jakiegokolwiek objawy ogólnoustrojowe (gorączka, powiększone węzły chłonne) należy skonsultować się z lekarzem.
- w zależności od jakości pigmentu użytego do pierwotnej pigmentacji, jego usuwanie może wywołać reakcje alergiczne i powstanie blizn przerostowych
- u osób palących papierosy dopływ krwi do skóry poddanej zabiegowi może być utrudniony, co negatywnie wpływa na proces gojenia; zaleca się ograniczenie ilości wypalanych papierosów w pierwszych dniach po zabiegu

KWESTIONARIUSZ

- 1) Jak dawno była robiona usuwana pigmentacja?.....
- 2) Czy pigmentacja była już poddawana zabiegowi usuwania? Jeśli tak proszę podać sposób usuwania oraz ilość przeprowadzonych zabiegów

.....

INFORMACJE O ZABIEGU

Data	Obszar	Preparat	Podpis osoby wykonującej	Podpis Klienta
	powieki/ brwi/ usta/ inne *)	SC color X / SC color Light *)		
	powieki/ brwi/ usta/ inne *)	SC color X / SC color Light *)		
	powieki/ brwi/ usta/ inne *)	SC color X / SC color Light *)		
	powieki/ brwi/ usta/ inne *)	SC color X / SC color Light *)		
	powieki/ brwi/ usta/ inne *)	SC color X / SC color Light *)		

OŚWIADCZENIE ZGODY NA USUNIĘCIE/ROZJAŚNIENIE *) PIGMENTACJI

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenia:.....

Telefon kontaktowy:

Zrozumiałam procedury i potencjalne zagrożenia w odniesieniu do sposobu usuwania makijażu permanentnego metodą Swiss Color i wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu. Nie otrzymałam żadnej gwarancji co do efektu końcowego po zabiegu. Rozumiem, że do osiągnięcia zadowalającego efektu może być konieczne kilka zabiegów. Zostałam pouczona o zasadach pielęgnacji skóry po zabiegu **oraz zobowiązuję się ich przestrzegać.**

Potwierdzam, że nie będę pociągać do odpowiedzialności osoby wykonującej zabieg ani producenta preparatu Swiss Color. Powyższe stwierdzenie nie ma zastosowania do szkód powstałych na skutek umyślnego działania, lekkomyślności czy niedbalstwa. Ujawniłam osobie przeprowadzającej zabieg wszystkie informacje dotyczące stanu mojego zdrowia oraz przyjmowanych leków. Zgadzam się na wykonywanie zdjęć w trakcie trwania zabiegu na potrzeby dokumentacji przebiegu zabiegu. Niniejsza zgoda nie oznacza zgody na wykorzystanie wizerunku.

.....
(data i czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE NA TEMAT STANU ZDROWIA

Oświadczam, że:

- nie mam podwyższonej temperatury ani objawów infekcji
- w ciągu ostatnich 24h nie spożywałam alkoholu, narkotyków, środków pobudzających ani leków rozrzedzających krew (aspiryna)
- nie jestem w ciąży ani w okresie laktacji
- w ostatnich 6 miesiącach nie byłam poddana znieczuleniu ogólnemu
- w ostatnich 30 dniach nie wykonywałam zabiegów medycyny estetycznej (np. lifting, botoks itp.) w obszarze poddawanych zabiegowi
- w ostatnich 30 dniach nie miałam objawów opryszczki (tzw. "zimno")
- nie mam alergii na substancje zawarte w lekach, a w szczególności na substancje znieczulające: Lidokainę, Prylokainę i Epinefrynę
- nie cierpię na epilepsję
- nie cierpię na zapalenie spojówek ani choroby oczu, zwłaszcza siatkówki lub rogówki
- nie cierpię na łuszczycę, hemofilię, zaawansowaną cukrzycę ani inne choroby skóry lub zaburzające proces gojenia
- nie mam skłonności do tworzenia blizn keloidowych (bliznowców)
- nie jestem w trakcie leczenia choroby nowotworowej
- nie jestem zarażona wirusem HIV ani wirusem zapalenia wątroby (Hepatitis)
- nie mam problemów z wysokim/ bardzo niskim ciśnieniem
- nie przyjmuję silnych leków, zwłaszcza psychotropowych, przeciwgrzybiczych, sterydów, antybiotyków

.....
Sesja 1 (data i podpis)

.....
Sesja 2 (data i podpis)

.....
Sesja 3 (data i podpis)

.....
Sesja 4 (data i podpis)

.....
Sesja 5 (data i podpis)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku w formie fotografii/ filmu*) przez wykonującą zabieg Agnieszkę Gruza. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie wykonanych zdjęć całej twarzy/ obszaru twarzy objętego zabiegiem*) w celach marketingowych za pośrednictwem dowolnego medium, włączając w to publikację w mediach społecznościowych, na stronach internetowych i w publikacjach elektronicznych. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii z moim wizerunkiem. Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw. Oświadczam, że w całości przeczytałam treść powyższej zgody i w pełni ją rozumiem.

.....
(data i czytelny podpis)