

SAMTYKKEERKLÆRING - PRODIGY PEEL

PATIENTINFORMATION

Følgende oplysninger skal oplyses fra patienten og gennemgås med behandler.

Patientens navn: _____

Alder: _____ Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

Beskæftigelse: _____

Kontaktperson ved nødstilfælde - navn, relation og telefonnummer: _____

Årsag til ønske om kemisk peeling: _____

Er patienten tidligere blevet behandlet med kemisk peeling? (Sæt cirkel om svar): JA NEJ IKKE SIKKER

Hvis ja, var der da nogle problemer/bivirkninger efterfølgende? (Sæt cirkel om svar): JA NEJ

Hvis ja, hvilke bivirkninger?: _____

Dato for sidste kemisk peeling: _____

Hvis patienten tidligere er blevet behandlet med kemisk peeling, list da navnene på dem (tilføj cirkel om de behandlinger, hvorved der opstod bivirkninger): _____

Antal kemiske peelinger aftalt og datoer for behandlinger:

Første behandling (Dato): _____ Anden behandling (Dato): _____ Tredje behandling (Dato): _____

PATIENTENS BRUG AF MEDICIN

Vær opmærksom på at antibiotika givet ved aknebehandling såsom Tetracyclin m.m. kan resultere i alvorlig sensitivitet overfor sollys. Det er derfor meget vigtigt, at du lister og informerer din behandler om brug af ikke-receptpligtig og receptpligtig medicin nedenfor.

Kendte allergier ift. medicin: _____

Kendte allergier if. hudpleje og kemiske peelinger: _____

ANDRE SUNDHEDSMÆSSIGE TILSTANDE

Hvis patienten har eller har haft problemer med en eller flere af nedenstående, bedes han/hun sætte kryds. Ønsker patienten at tilføje en eller flere tilstande, kan han/hun udfylde på linjen nedenfor.

- HJERTE KOLESTOROL LUNGER HJERNE (hjerteslag, tumor, demens etc.)
 - NERVER FØLELSMÆSSIGT MAVE-TARMKANALEN KRÆFT
 - IMMUNSYSTEM (lupus etc.) MUSKELPROBLEMER (sygdomme, svagheder etc.)
 - ENDOKRINE SYSTEM (diabetes etc.) LED (udskiftning af led, slidgigt etc.)
 - FORKØLELSESSÅR/HERPES I BEHANDLINGSOMRÅDET VORTER I BEHANDLINGSOMRÅDET
 - HUDTILSTANDE (akne, rosacea, hyperpigmentation, sensitiv hud, større ar-områder, hudkræft etc.)
-
-
-

BEHANDLERS EVALUERING AF PATIENTENS HUD

Husk at fotografere patientens ansigt fra alle vinkler (forside samt begge sider i profil). Skal andre hudområder behandles, bør disse også fotografere.

Undersøg om nogle af nedenstående tilstande er tilstede og beskriv evt. grad, område etc.

- ALDERSFORANDRINGER PIGMENT-UREGELMÆSSIGHEDER (melasma, leverpletter etc.)
 - AR AKTIV AKNE SLAPHED INFLAMMATION
 - ANDET _____
-

GRAD AF AKNE (Sæt ring): I II III IV

FITZPATRICK GRAD (Sæt ring): I II III IV V VI

GLOGAU-KLASSIFIKATION (Sæt ring): I II III IV

HUDTILSTAND IFT. ALDER (Sæt ring): ALDERSSVARENDE YNGRE END ALDER ÆLDRE END ALDER

ANDRE BEHANDLINGSOMRÅDER. BESKRIV GERNE.

- HALS DÉCOLLETÉ HÆNDER ANDET
-

Virker patienten til at forstå og ville følge hjemmebehandling efter den kemisk peeling? (Sæt ring):

JA NEJ

KONTRAINDIKATIONER

Før behandling med PRODIGY PEEL "P2" SYSTEM eller PRODIGY PEEL PRO "P3" SYSTEM stilles patienten ansvarlig for at informere behandler om alle former for medicinering og sundhedstilstande, der kan påvirke behandlingen. Ved tvivlstilfælde opfordres patienten til at søge læge før æstetiske eller medicinske indgreb foretages.

Nedenstående tilstande vil udelukke patienten fra at modtage behandling med PRODIGY PEEL "P2" SYSTEM eller PRODIGY PEEL PRO "P3" SYSTEM:

- Ammende og gravide kvinder
- Aktivt forkølelsessår, Herpes type I eller II, eller vorter i behandlingsområdet*
- Skadet, solskoldet eller særlig sensitive hud
- Allergi eller sensitivitet overfor nogle af ingredienserne i PRODIGY PREP, PRODIGY PEEL, PRODIGY PEEL PRO og eller PRODIGY BOOST
- Allergisk overfor aspirin (acetylsalisylsyre eller salicylater)
- Allergisk overfor idebenon
- Vitiligo
- Autoimmune sygdomme såsom psoriasis, lupus, rheumatoid arthritis, dermatomyositis, multipel sklerose, eller andre sygdomme som svækker immunforsvaret
- Inflammatorisk dermatitis inklusiv rosacea, seboroisk eksem, lupus, eller dermatomyositis
- Hyperpigmentering relateret til tidligere brug af hydroquinone-holdige produkter
- Patienter med arvæv (hypertrofiske ar) eller keloid formation

FØR BEHANDLING

På behandlingsdagen bør der ikke anvendes produkter, der udtørre eller irriterer huden inklusiv salicyl- og frugtsyreholdige produkter såsom glykolsyre.

48 timer inden en PRODIGY PEEL behandling skal følgende undgås:

- Neurotoksin-behandlinger (i.e., Botox, Xeomin, Dysport, etc.)

En uge inden en PRODIGY PEEL behandling skal følgende undgås:

- Hårfjerning med elektrolyse eller laser
- Voksbehandling
- Depilerende cremer
- Hudprodukter som er 100% ethyl alkohol-baserede
- Eksfolieringsprodukter eller ansigtsbehandlinger som virker irriterende på huden inklusiv dermaplaning og microdermabrasion
- Retinoider såsom Tretinoin

En måned inden en PRODIGY PEEL behandling skal følgende undgås:

- Kemiske peeling
- Microneedling
- Ikke-hud penetrerende (non-ablative) behandlinger
- Hud-penetrerende (ablative)/invasive behandlinger (såsom fraktioneret laser, etc.)

6 måneder inden en PRODIGY PEEL behandling må man ikke have fået foretaget:

- Ansigtsskirugi

Et år inden en PRODIGY PEEL behandling må man ikke have været i følgende behandling:

- Isotretinoin behandling (aknebehandling)
- Kemoterapi eller strålebehandling

*Hvis patienten har en sundhedshistorik præget af forkølelsessår i ansigtet og/eller Herpes type 1 eller 2 kan profylaktisk behandling med antivirale produkter (såsom Valtrex® eller Zovirax®) gennemføres. Patientens skal tage medicinen en til to dage inden behandlingen med den kemiske peel efter lægens anbefalinger. Behandling med antiviral skal fortsættes i syv dage efter den kemiske peel eller så længe lægen anbefaler.

PATIENTSAMTYKKE

Før jeg modtager behandling med PRODIGY PEEL "P2" SYSTEM eller PRODIGY PEEL PRO "P3" SYSTEM, har jeg ovenfor oplyst om eventuelle forhold, som kan have betydning eller påvirkning på behandlingen.

_____Jeg giver samtykke til at gennemføre behandling med PRODIGY PEEL "P2" SYSTEM eller PRODIGY PEEL PRO "P3" SYSTEM

_____Proceduren med en kemisk peel og eftervirkningerne af en kemisk peel er blevet forklaret af min behandler og eventuelle spørgsmål er blevet besvaret

_____Jeg forstår at komplikationer er meget sjældne, men at de nogen gange opstår. Hvis jeg tror, at jeg har komplikationer, kontakter jeg min behandler eller kontaktpersonen på klinikken _____ for behandlingssinstruktioner.

_____Jeg forstår, at ophold i solen uden brug af solfaktor (min. SPF30) samt brug af solarie ikke er anbefalet på noget tidspunkt.

Patientnavn: _____

Dato : _____

Patientunderskrift: _____

Initialer: _____

Behandler: _____

Dato: _____

Behandlerunderskrift: _____

BEHANDLINGSNOTATER

BEHANDLING #1

Dato: _____

PATIENTENS REAKTION PÅ KEMISK PEELING UNDER BEHANDLING:

PATIENTENS HUDREAKTION EFTER KEMISK PEELING:

PATIENTEN BRUGER FØLGENDE PRODUKTER TIL HJEMMEBEHANDLING EFTER KEMISK PEELING:

*Der bør tages billeder af patienten før og efter hver behandling, som kan opbevares i patientmappen

ANDER NOTER (telefonsamtaler, klinikbesøg, hudreaktioner, dine anbefalinger etc.):

BEHANDLING #2

Dato: _____

PATIENTENS REAKTION PÅ KEMISK PEELING UNDER BEHANDLING:

PATIENTENS HUDREAKTION EFTER KEMISK PEELING:

PATIENTEN BRUGER FØLGENDE PRODUKTER TIL HJEMMEBEHANDLING EFTER KEMISK PEELING:

*Der bør tages billeder af patienten før og efter hver behandling, som kan opbevares i deres mappe

ANDER NOTER (telefonsamtaler, klinikbesøg, hudreaktioner, dine anbefalinger etc.):

BEHANDLING #3:

Dato: _____

PATIENTENS REAKTION PÅ KEMISK PEELING UNDER BEHANDLING:

PATIENTENS HUDREAKTION EFTER KEMISK PEELING:

PATIENTEN BRUGER FØLGENDE PRODUKTER TIL HJEMMEBEHANDLING EFTER KEMISK PEELING:

*Der bør tages billeder af patienten før og efter hver behandling, som kan opbevares i deres mappe

ANDER NOTER (telefonsamtaler, klinikbesøg, hudreaktioner, dine anbefalinger etc.):
