



Lomake koskien kestopigmentoinnin toimenpidettä

Lomaketta täyttävän ihmisen nimi ja sukunimi.....

Osoite..... Puhelinnumero.....

Toimenpiteen alue.....

Lomake on tarkoitettu (kenelle).....

..... (päivämäärä) minulle kerrottiin kestopigmentoinnin toimenpiteestä. Minulle esiteltiin kyseessä olevan toimenpiteen edut ja haitat. Minulle kuvailtiin kestopigmentoinnin menetelmää, jota käytetään toimenpiteessä. Kaikki epäilykseni selitettiin minulle helppotajuisella tavalla. Tiedän, että ihoani haavoitetaan pigmenttiä pistettäessä. Minulle annettiin ohjeita kestopigmentoitujen alueiden hoitamisesta ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. Minä en vaadi lisää tietoja.

Ennen toimenpidettä minulle tiedotettiin, että:

- ▶ kestopigmentointi säilyy iholla oikealla hoidolla muutaman vuoden;
- ▶ heti toimenpiteen jälkeen ja ensimmäisinä päivinä, pigmentoinnin värit ovat intensiivisempiä kuin lopputuloksessa ja lopputulokseen vaikuttaa myös ihon tyyppi;
- ▶ toimenpiteen vaiheet sovitetaan yhdessä ja esitellään minulle hyväksyttäväksi
- ▶ lopputuloksesta riippuen voidaan korjaus tehdä (aikaisintaan 1 kuukausi toimenpiteen jälkeen tai muuna sovittuna ajankohtana, mutta viimeistään 3 kuukautta toimenpiteen suorituksesta). Ensimmäisen korjauksen kulut kuuluvat toimenpiteen hintaan;
- ▶ on mahdollista, että seuraavat oireet ilmestyvät: herpes, paikallinen punaisuus, ihon ärsytys, kutina, venytys ja turvotus.

Saadaksesi parhaan mahdollisen lopputuloksen, suositellaan, että:

- viikko ennen toimenpidettä – älä ota aurinkoa intensiivisesti; jos sinulla on taipumus herpekseseen, käytä virusta estäviä lääkkeitä;
- kaksi vuorokautta ennen toimenpidettä - älä juo kofeiinia tai teiniä sisältäviä juomia tai alkoholia; älä käytä huumeita tai ota veren hyytymistä hidastavia lääkkeitä;
- 10 päivää toimenpiteen suorittamisesta välttää auringonvaloa, pitkää kontaktia veden kanssa, saunomista ja kylmää ilmaa; älä omanaloitteisesti poista rupia, älä syö tulisia mausteita, älä käytä muita kuin kosmetologin suositamia hoitoaineita.

Ilmoitan, että:

- en ole raskaana, minulla ei ole mitään verisairauksia, diabetesta, kohonnutta verenpainetta, kuumetta,
- en ole HIV-viruksen enkä hepatiitin viruksen kantaja (HBV, HCV). Tiedän, että ennen kestopigmentointia vaaditaan rokotusta B-hepatiittia vastaan,
- en ota vahvoja lääkkeitä enkä steroidia,
- minulla ei ole täyteainetta huulissa (jos on, otin sen vähintään 6 kuukautta ennen toimenpidettä),
- ennen toimenpidettä en ottanut mitään kiihotetta,
- olen allerginen (mille?).....
- olen terve / minulla on seuraavat sairaudet:.....
- noudan hoito-ohjeita toimenpiteen jälkeen,
- haluan ottaa pigmentointia

Ihmisiä, joilla on vaikeasti paraneva iho tai taipumus keloideihin, pyydetään ilmoittamaan siitä toimenpiteen suorittavalle kosmetologille.

Olen täysin tietoinen kaikista toimenpiteen ehtoista ja olosuhteista ja hyväksyn ne.

Suostun kestopigmentointiin ihollani.

En esitä vaatimuksia, jos ilmestyy komplikaatioita, jotka liittyvät sairauksiin, joista en tiedä tällä hetkellä. Ilmoitan heti jos terveydentilani muuttuu.

Paikka..... Päivämäärä

Asiakas..... Toimenpiteen suorittava henkilö