

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT STRIA LÉZERES ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ

### Mit nevezünk striának?

A bőrszövet nyúlási csíkjait **striák**-nak nevezzük. Olyan esetben fejlődik ki, ahol a bőr természetes nyúlási igénybevételnek van kitéve. Gyors alakváltozás, növekedés, hízás, fogyás, terhesség, intenzív izomfejlődést kiváltó sport, esetleg hormonzavar állhat a háttérben.

### Hogyan alakul ki?

A hirtelen alakváltozás hatására a bőr alatti kötőszövet csíkszerűen megszakad, majd kialakulnak a közel párhuzamos lefutású, változó szélességű, heghez hasonló mélyvörös elváltozások. Felettük a bőr legfelső rétege, a hámréteg megnyúlik, elvékonyodik, és hónapok elteltével fehér, sorvadt, puha tapintatú bőrelváltozás alakul ki.

### Mitől függ a kezelés hatékonysága?

A kezelés hatékonyságát legjobban a kialakulás és a kezelés között eltelt idő befolyásolja. Minél frissebb a stria, annál hatékonyabb lehet a kezelés. A kezelés várható eredménye a striák elhelyezkedésétől is függ. A fiatal, felszínes, vékonyabb striák hatásosabban kezelhetők, mint az öregebb és mélyebb striák. A jelenleg ismert kezeléseket kúraszerűen alkalmazva csak a stria elhalványodását, vékonyítását és a stria alatti kollagén hálózat megerősödését és felszaporodását érhetjük el. A Nd.YAG lézer fényével a striák-ban lévő kapilláris értágulatokat tudjuk lezárni és a kollagén-rost hálózat szaporodását tudjuk elindítani, majd fokozni.

### Hogyan zajlik a kezelés?

A két lépésből álló kezelés, a kezelendő bőrfelszín arányában 10-40 percig tart. Általában 3-4 kezelés szükséges a kívánt eredmény eléréséhez, de erőteljesebb elváltozások, magasabb kezelési számot is igényelhetnek. A kezelést követően a beavatkozás mértékével arányos a lábadozási vagy felépülési idő, néhány órától pár napig terjedően bőrpír, finom hámlás, enyhe duzzanat tapasztalható a kezelt területen.

### A TWINLIGHT® heg-kezelés 2 lépésből áll.

#### 1. lépés Nd.YAG lézer FRAC3® üzemmódban

Ez a bőrt nem sértő kezelési mód lehetővé teszi a mélyebb rétegek speciális bőrhibáinak kezelését, és helyreállítja a fiatalos bőrszerkezetet. A frakcionált lézeres bőrrekonstrukció jelentős mértékben javítja a bőr textúráját és a felszíni bőrhibákat, ugyanakkor kíméletes és természetes megoldás a hegek és striák kezelésére.

#### 2-3. lépés Er.YAG lézer frakcionált, majd teljes nyalábos kezelés

A második és a harmadik lépésben Er.YAG lézer segítségével történik a bőrfelszínének kezelése. Ez a kezelési mód bőrsértő, tehát a lézersugárral apró, mikrométer nagyságú sebeket ejtünk a bőrben a célnak megfelelő, szabályozható mélységig. A kezelés utolsó, opcionális lépéseként végezhető felszíni, teljes mezős lézeres hámlasztás a bőr textúrájának és felszíni egyenetlenségeinek további javítását célozza.

### Mi a teendő a kezelés előtt és után

Kezelést megelőzően ajánlott a kezelt bőrfelszínt egy hétig nem napoztatni és szolárium használata sem ajánlott ezen időszakban. A kezelés napján ne használjon semmilyen krémet, kenőcsöt a kezelendő bőrfelszínen. Kezelést követően kerülendő a napozás és a szolárium (legalább egy hétig).

### Mennyi idő a felépülés?

A kezelést követően a beavatkozás mértékével arányos a lábadozási vagy felépülési idő, néhány órától pár napig terjedően bőrpír, finom hámlás, enyhe duzzanat tapasztalható a kezelt területen. A hámlást követően rózsaszínes, simább bőr lesz látható.

### Mikor válik láthatóvá az eredmény?

A páciensek pár órával a kezelést követően azt tapasztalják, hogy a kezelt bőrfelszín feszesebbé, rugalmasabbá, simábbá válik. A célzott eredmény a javasolt kezelés után néhány héttel válik igazán láthatóvá – részben a bőrfelszín megújulásában, részben a kollagén rostok újra strukturálódására és az új kollagén rostok képződéséhez szükséges időt követően 30-90 nappal. A kezelés előtt és után 4 hétig UV sugárzás nem érheti a bőrt, a kezelés után körülbelül 4-5 napig tartó bőrpír és közepes mértékű hámlás jelentkezik. A teljes hatás eléréséhez a kezelést javasolt 4 hetente megismételni, összesen 2-4 alkalommal. A kollagén-termelő hatás késve, körülbelül 6 hónap elteltével válik teljessé.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AKNÉK ÉS HEGEK LÉZERES ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ

Kezelőmmel pontosan megbeszéltem a tervezett kezelést, a reálisan elérhető célt, a tartóssággal szemben támasztható objektív igényt.

Alulírott /név nyomtatott betűvel/ \_\_\_\_\_ anyja neve: \_\_\_\_\_

jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten beleegyezem, hogy a nyilatkozatban foglalt, általam önként szolgáltatott személyes adataimat, az egészségügyi szolgáltató a kezeléssel összefüggésben, annak eredményessége érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és ideig teljeskörűen kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem szolgáltatok adatot, vagy a szolgáltatott adatok kezeléséhez nem járulok hozzá, úgy a szolgáltató jogosult, a kezelés/beavatkozás elvégzését megtagadni.

Beleegyezem, hogy a kezelésről készült /előtte-utána/ fényképeket marketing célra, felhasználják.

Beleegyezem, hogy a kezelésről készült /előtte-utána/ fényképeket a szövettani vizsgálat segítése céljából

Ezennel kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást figyelmesen elolvastam és minden kérdésre az igazságnak megfelelően válaszoltam. Korábbi műtéteimre, betegségeimre, a kezelést akadályozó tényezőkre vonatkozó kérdésekre, legjobb tudásom szerint válaszoltam. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem a valóságnak megfelelően közlöm az adatokat, illetve az egyes kérdésekre nem a valóságnak megfelelően válaszolok, úgy az ebből eredő esetleges kárigényem vagy egyéb igényem kapcsán a szolgáltató felelősséggel nem tartozik, a felelősségét kizárja. Egyben kijelentem, hogy igényt e körben az egészségügyi szolgáltatóval szemben nem terjesztek elő.

A kezelő szakember tájékoztatott az eljárással kapcsolatos kérdéseimet illetően, valamint tájékoztatott az eljárás menetéről, a lehetséges mellékhatásokról, kockázatokról és a kezelést akadályozó tényezőkről, valamint felhívta a figyelmemet a kezelés várható tartósságára. Az előttem álló kezelés sikerének érdekében elvégzendő, megfelelő teendőkkel kapcsolatosan mindent megértettem további kérdésem a fenti kezeléssel kapcsolatosan nincs. A szükséges beavatkozás elvégzésébe teljes mértékben beleegyezem.

Kijelentem, hogy

- esetemben nem áll fenn a kezelés semmilyen ellenjavallata
- elfogadom a tervezett kezelés kockázatait és lehetséges mellékhatásait
- túlérzékenységi reakció esetén késedelem nélkül orvosi segítséget keresek.

PÁCIENS ALÁÍRÁSA

DÁTUM

KEZELŐ NEVE

KEZELŐ ALÁÍRÁSA