

Информационен лист за пациента

Radiesse™ е обем–придаващ филър (пълнител) за корекция на бръчки, оформяне контура на лицето и ръцете и корекция на обемни дефицити.

Уважаеми пациенти,

Кожата ни се променя с течение на времето. Този процес се ускорява от външни фактори като прекомерно и интензивно излагане на слънце, тютюнопушене, алкохолна консумация и др. Постепенно се появяват все повече и повече, малки и по-големи линии, които ни карат да изглеждаме по-стари, отколкото се чувстваме.

Тези обезпокоителни бръчки могат да бъдат коригирани като се използват различни процедури:

- ▶ Хирургични процедури, като стягане на кожата или лазерно лечение
- ▶ Инжектиране в бръчките на временни (т.е. разграждащи се) дермални филъри (пълнители)

Загубата на обем поради напредване на възрастта или заболяване най-често се корегира чрез вкарване в кожата на специални материали за пълнеж (филъри).

Вашият лекар може да ви информира и посъветва относно инжекционното третиране с Radiesse™. Бихме искали да ви дадем информация за този метод чрез текста по-долу. Процедурата може да ви бъде направена като амбулаторна манипулация от лекар в неговия кабинет.

Корекции с инжектиране на Radiesse™

Естественият процес на стареене кара кожата да губи своите обем и плътност. Образуват се бръчки, бузите хлътват или увисват. Признаци на стареене може да се появят и върху ръцете. Тогава вените и сухожилията на ръцете стават все по-видими в резултат на загубата на обем. За да се противодейства на този процес на стареене, зоните с изгубена тъкан могат да се напълнят и коригират с филъри (пълнители).

Radiesse™ съдържа веществото Калциев Хидроксилапатит, вещество, което се съдържа естествено в нашия организъм. Това вещество се използва за различни клинични приложения в медицината повече от 20 години. За да се постигнат незабавно видими козметични ефекти от инжектирането, това вещество е вкарано в гел-основа като носител, която се разгражда напълно в рамките на няколко седмици. През това време това вещество стимулира кожата и тя започва да произвежда собствен колаген, който осигурява дълготраен обем-придаващ ефект.

След инжектирането Radiesse™ се моделира от лекаря, за да се постигне ефект спрямо вашите анатомични нужди и води до незабавен видим ефект на попълване. Дългогодишният клиничен опит показва, че козметичният ефект може да продължи минимум 12 месеца. Някои пациенти съобщават за по-дълготраен ефект.

Radiesse™ е биоразградим. Неговите съставни вещества се разграждат напълно с течение на времето и се изхвърлят по естествен път от организма. Поради неговия естествен за организма химичен състав, не е необходимо правенето на тест за алергия, за разлика от други подобни продукти, съдържащи животински по произход вещества. За да бъде инжектирането по-приятно, обикновено се прилага лека местна упойка в зоната на приложение.

Преди прилагането на Radiesse™, трябва подробно да се консултирате с вашия лекар и да си оставите време за вземане на решение.

Възможни странични ефекти и усложнения

Възможните нежелани реакции са подобни на тези, при други разграждащи се материали за имплантиране. Както е известно, след инжектирането могат да се появят леко кървене и синини, подуване или изтръпване. Тези оплаквания обикновено скоро изчезват. Възпаление, инфекции, натрупване на ранева секреция, леко втвърдяване могат също да се появят. Може да настъпи промяна в цвета на третираните области. Ако пациентът страда от бавно зарастване на рани, може да се получи забавяне на оздравителния процес. Ако наблюдавате нежелани реакции в третираната зона, които продължават по-дълго от една седмица, трябва да уведомите вашия лекар. След консултация с него, той може да ви даде съвети или да започне подходящо лечение.

Кога трябва да избягвате инжектиране с Radiesse[™]

Трябва да избягвате третиране, ако имате алергична реакция към някоя от съставките, или ако сте склонни да развivate груби или келоидни белези или грануломи след манипулации. Ако кожата ви е инфектирана или възпалена, трябва да се откажете от третиране. Radiesse[™] не трябва да се инжектира в зони на поставени постоянни импланти. Моля, информирайте Вашия лекар преди инжектирането, ако приемате антикоагуланти. Той ще реши дали поставянето на филтъра е подходящо за вас. Ако страдате от системно заболяване (автоимунно заболяване, диабет, ревматизъм или ендокардит), моля уведомете вашия лекар, така че да можете заедно да решите, дали поставянето на филтъра е препоръчително за вас.

Тъй като няма опит с бременни жени, кърмачки и юноши под 18 годишна възраст, тези групи от хора не трябва да се третират с Radiesse[™].

Ако искате да коригирате линиите на намръщване, зоната непосредствено около очите (например пачи крак, между веждите), на устните, включително контура на устните или искате да попълните хлътнали белези, вашият лекар ще ви препоръча алтернативни методи или филъри, тъй като Radiesse[™] не се препоръчва при тези случаи.

Процедура на инжектирането

Третирането с Radiesse[™] обикновено отнема само няколко минути. Radiesse[™] се инжектира с много тънка игла под бръчка, или в зона със загуба на обем и така попълва отдолу. При повечето пациенти, видимото подобрение може да се отчете незабавно. Подобрението зависи от дълбочината на бръчките или от големината на зоната с дефицит на обем, които се третират.

Ако сте особено чувствителни, вашият лекар може да използва упойка. Тогава ще усетите прободането на кожата, но без болка. Много леко кървене от точката на прободането може да се появи по време на инжектирането, но то трябва да спре веднага след третирането.

Мястото на инжектиране може понякога да се втвърди или обезцвети в лека степен. Това обикновено изчезва след кратко време.

След като вашият лекар е инжектирал материала от инжекцията, той ще масажира и моделира зоната, за да постигне ефект, които да отговаря на вашите нужди.

Успехът от приложението е продължителен, но не постоянен, поради естествения процес на биоразграждане. Следователно може по всяко време да решите да повторите третирането на същата зона или на други зони за корекция.

Какво друго трябва да се има предвид

Моля, информирайте лекаря за всички болести, които имате или сте имали и по-специално: сърдечно-съдови заболявания, нарушения в кръвосъсирването, автоимунни заболявания, тенденция към образуване на келоиди и белези, или алергии. Ако приемате лекарства или витамини, имате козметични процедури или предишно лечение с други материали за имплантиране и сте имали някакви усложнения, моля уведомете вашия лекар.

След инжектирането, трябва да позволите на кожата ви да си почине, не трябва да слагате грим, най-малко 1 час. Можете да предотвратите или лекувате налично подуване със студени компреси или лед.

Трябва също да се избягва използването на сауна или парна баня в продължение на 2 седмици след инжектирането. Моля, избягвайте слънце и ултравиолетова светлина, излагане на студ и натиск от всякакъв вид в третираните зони, така че материалът да може да остане вграден в тъканта. Ако напипате възли в зоната, трябва нежно да ги масажирате, за да постигнете по-добро разпределение на материала от филтъра.

Моля, отговорете подробно на следните въпроси, така че вашият лекар да може да разгледа всякакви потенциални рискове по време на консултирането ви. Ако имате някакви въпроси, не се колебайте да ги зададете на вашия лекар:

Въпросник за медицински данни

1. Вземате ли лекарства (болкоуспокояващи, антикоагуланти (напр. аспирин), транквилизатори, хапчета за сън)?
Ако отговорът е "да", кои са тези лекарства: _____ Не Да
2. Имате ли сърдечно-съдови заболявания (например високо кръвно налягане, ангина пекторис, сърдечен инфаркт, сърдечна аномалия)?
Ако отговорът е "да", кои: _____ Не Да
3. Често ли страдате от кървене от носа, образуват ли ви се лесно кожни хематоми (без да сте имали нараняване или след леко нараняване).
Имате ли нарушения в коагулацията на кръвта? Не Да
4. Страдате ли от аутоимунно заболяване (напр. хронична болка в ставите или фибромиалгия, болест на Крон или др.)? Не Да
5. Имате ли някакви алергии (напр. сенна хрема, астма) или реакции на свръхчувствителност към болкоуспокояващи, анестетици, храни (например от животински произход), лекарства, лейкопласт, латекс? Ако отговорът е "да", кои: _____ Не Да
6. Смятате ли, че често страдате от инфекции? Не Да
7. Склонни ли сте след кожно нараняване или операция в тази зона да се образува груб, прекомерно разраснал се белег (келоид)? Не Да
8. Пушите ли? Не Да
9. Правите ли редовно слънчеви бани / ползвате ли солариуми? Ако отговорът е да, колко често?
 1x седмично повече от 1x седмично 1x месец Не Да
10. Имали ли сте някога херпес на мястото, където трябва да се инжектира? Не Да
11. Вземали ли сте някога кортизон за дълъг период от време?
Ако да, защо: _____ Не Да
12. Имали ли сте някога локална инжекционна упойка? Не Да
13. Бременна ли сте? Не Да
14. Поставяли ли сте си филъри, преди?
Ако да, кога и какви: _____ Не Да

Имало ли е усложнения от прилагането им? Не Да
Ако отговорът е "да", те са били: _____

Отговорих на всички въпроси напълно и подробно, доколкото информацията, която се изисква ми е известна.

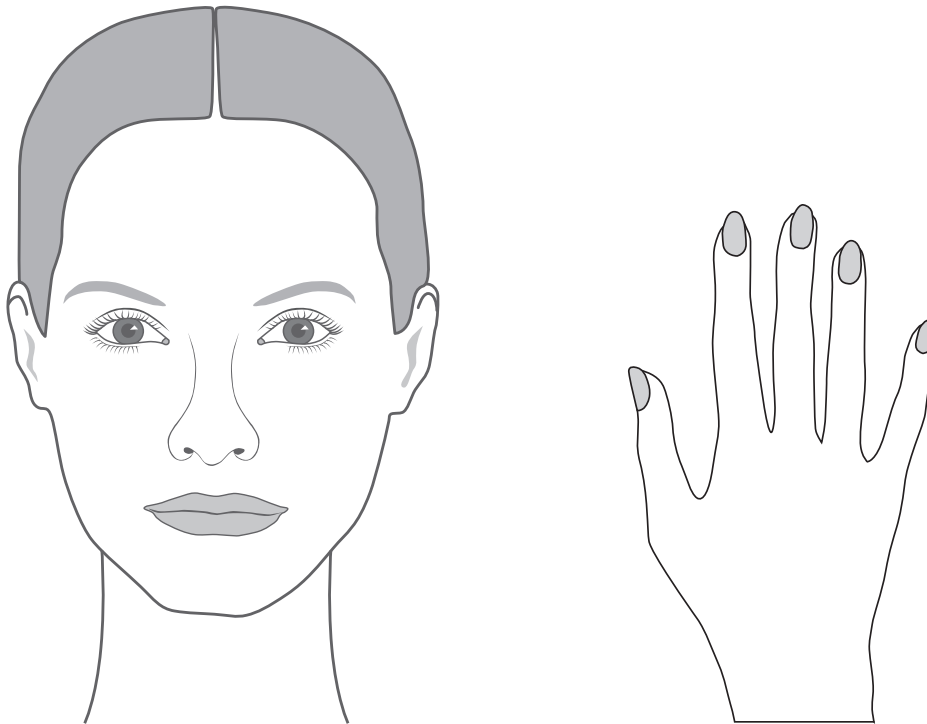
Информирано съгласие на пациента

Аз прочетох този информационен лист за пациента и съм съгласен да бъда третиран чрез инжектиране с дермалния филър Radiesse™. Третирането ще се извършва в амбулаторни условия. Инжекционната техника и индикациите за Radiesse™, както и видът, съдържанието и перспективите за успеха на лечението, ми бяха обяснени подробно в предварителна консултация с лекаря.

Уведомен съм за противопоказанията и възможните странични ефекти. Имах възможност да задам всички въпроси, които имах за третирането с Radiesse™, и на които ми бе отговорено пълно и удовлетворително. Също така получих писмена информация и ми бе предоставено достатъчно време за разглеждане, преценка и решение. Отговорих на въпросите от Въпросника за медицинските данни напълно и подробно, доколкото информацията, която се изисква ми е известна.

Бях информиран, че продължителността на ефекта на филъра варира според типа кожа и нейната предразположеност. Съгласна съм с препоръката на лекаря за контролен преглед след няколко месеца. Последващо третиране в същите зони на инжектиране обикновено се препоръчва след 12 -15 месеца.

Бих искал да получи корекция на бръчките / корекция на обема и контура в следните области (Моля, отбележете):



Третирането започва на: _____

Бих искал предварителна местна упойка

Не

Да

Ако се наложат непредвидени корекции и допълнения към вече обсъжданите зони на третиране и ако това стане необходимо, давам съгласието си да се предприемат необходимите мерки за изпълнението им.

Име на пациента (с печатни букви): _____

Подпис на пациента: _____

Дата: _____