

WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Bardzo proszę o wnikliwe zapoznanie się z poniższymi pytaniami oraz o udzielenie na nie dokładnej odpowiedzi.

W przypadku trudności z odpowiedzią, wystąpienie niejasności lub wątpliwości proszę podkreślić pytanie i wyjaśnić wątpliwości z osobą przeprowadzającą zabieg lub inną uprawnioną osobą. Odpowiedzi na poniższe pytania pomogą wykluczyć przeciwwskazania do zabiegu, określić możliwość i stopień wystąpienia powikłań lub działań niepożądanych, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu oraz służyć do zebrania informacji koniecznych do wybrania dla Pani/Pana właściwego zabiegu.

	TAK	NIE
Spożywanie alkoholu lub środków o działaniu odurzającym w ciągu 48h?		
Czy ma Pan/i aktualnie infekcję lub stan zapalny organizmu (podwyższona temperatura, katar, etc.)		
Czy ma Pan/i aktualnie infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą skóry (trądzik, opryszczka, etc.)		
Duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie. Jeśli tak, to proszę wypisać:		
Czy cierpi Pan/i na dermatofimozę?		
Czy ma Pan/i skłonność do krwawień?		
Czy miał/a Pan/i epizody z zasłabnięcia lub utraty przytomności?		
Choroby nowotworowe		
Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, wada serca, wady zastawek serca)		
Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)		
Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, miażdżyca)		
Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawienie z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)		
Choroby płuc (rozedma gruźlica, astma)		
Choroby gałki ocznej (odklejająca się siatkówka, jaskra, zaćma, nawracające stany zapalne spojówki, stwardnienie siatkówki, zespół suchego oka, częste łzawienie, jęczmień)		

	TAK	NIE
Choroby skóry (łuszczyca, egzema, atopowe zapalenie skóry, łojotokowe zapalenie skóry, porfiria, trądzik różowaty, tendencje do keloidów i blizn, bielactwo, łysienie plackowate)		
Wirus opryszczki HSV		
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, choroby jelit)		
Choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)		
Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)		
Syndrom stopy cukrzycowej		
Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, Hashimoto)		
Tętniak (mózgu, aorty, tętnic)		
Stwardnienie rozsiane		
SMA, mukowiscydoza		
Toczeń rumieniowaty układowy		
Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)		
Choroby układu kostno – stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa/ stawów, stany po złamaniach)		
Choroby autoimmunologiczne (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, syndrom Cohna, choroba Gravesa-Basedova, zeszywniające zapalenie stawów, łuszczykowe zapalenie stawów, twardzina, układowe zapalenie naczyń, sarkoidoza układowa)		
Reumatoidealne zapalenie stawów		
Osteoporoza		
Zmiany nastroju (depresja, nerwica)		
Nadpobudliwość, tiki nerwowe, natręctwa, nadmierne drapanie		
Epilepsja		
Żółtaczką zakaźną typu A, B, C		
HIV, AIDS		
Półpasiec		

	TAK	NIE
Czy jest lub był/a Pan/i we wskazanym okresie w trakcie poniższych procesów leczenia/kuracji: Chemioterapia (w przebiegu ostatnich 5 lat)		
Radioterapia (w przebiegu ostatnich 5 lat)		
Antybiotyki (w przebiegu ostatnich 30 dni)		
Sterydy (w przebiegu ostatnich 3 miesięcy)		
Retinoidy (w przebiegu ostatnich 6 miesięcy)		
Stosowanie preparatów rozrzedzających krew (Acard, Heparyna, Aspiryna)		
Terapia hormonalna (w przebiegu ostatnich 3 miesięcy)		
Czy ma Pan/i rozrusznik serca, wykonany zabieg angioplastyki wieńcowej (balonikowanie, stentowanie), operację pomostowania aortalno-wieńcowego (bajpasy), operację zastawki serca		
Czy miał/a Pan/i wykonywany zabieg przeszczepu? (skóry, organu)		
Czy zażywa Pan/i leki immunosupresyjne?		
Czy miał/a Pan/i wykonywane w obszarze twarzy lub zabiegowym niżej wymienione zabiegi medycyny estetycznej lub zabiegi kosmetyczne? Jeśli tak, to kiedy?:		

1. Czy jest Pan/i na coś uczulony/a? (w tym składniki: preparatów kosmetycznych, farb fryzjerskich, pigmentów do makijażu permanentnego, tatuażu, preparatów antyseptycznych, znieczuleń miejscowych - np. lidokaina, lateks, metale)

TAK

NIE

Jeśli tak to na co:

.....

2. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z zabiegów z zakresu medycyny/ kosmetologii estetycznej powodujących przerwanie ciągłości tkanek?

TAK

NIE

Jeśli tak, to kiedy i jaki to był rodzaj zabiegu oraz czy wystąpiły skutki uboczne?

.....

3. . Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywany zabieg dermopigmentacji – makijaż permanentny, tatuaż itp.?

TAK

NIE

Jeśli tak, to kiedy i jaki był to rodzaj zabiegu oraz czy wystąpiły jakieś skutki uboczne?

.....

4. Czy w miejscu planowanego zabiegu występują u Pan/i jakiekolwiek anomalie/zmiany skórne lub schorzenia skóry?

TAK

NIE

Jeśli tak, to jakie i czy były one konsultowane dermatologicznie?:

.....

5. Czy przyjmuje lub przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich 2 tygodni jakieś zioła? (w szczególności dziurawiec, nagietek,

skrzyp polny)

TAK

NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie?:.....

6. Czy przyjmuje lub przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich 2 tygodni jakieś suplementy diety/witaminy?

TAK

NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie?:.....

7. Czy przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich 30 dni jakieś inne niż w/w leki lub szczepienia ochronne?

TAK

NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie?:.....

8. Inne schorzenia lub dolegliwości, jakie?:

PYTANIA DOTYCZĄCE KOBIET

24. Czy jest Pani w ciąży?

TAK

NIE

25. Czy jest Pani w okresie połogu?

TAK

NIE

26. Czy jest Pani w okresie laktacji?

TAK

NIE

27. Czy karmi Pani piersią?

TAK

NIE

28. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?

TAK

NIE

PYTANIA DOTYCZĄCE KRWIODAWCÓW

29. Czy jest Pan/i krwiodawcą?

30. Rodzaj wykonywanej pracy (środowisko pracy – biuro, otwarta przestrzeń, zakład produkcyjny itp.).....

31. Tryb życia:.....

32. Dieta:

33. Czy pali Pan/i tytoń?

TAK

NIE

34. Czy nosi Pan/i szkła kontaktowe?

TAK

NIE

35. Czy nosi Pan/i aparat ortodontyczny

TAK

NIE

Czy ma Pan/i jakieś inne uwagi odnośnie swojego zdrowia (w przypadku braku uwag proszę wpisać BRAK UWAG):.....

PRÓBA UCZULENIOWA

Sposób wykonania:

Miejsce próby(np. na ramieniu, za uchem):

Czas trwania próby:

Wynik próby:

OŚWIADCZENIE KLIENTA

Udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na zadawane mi pytania w trakcie wywiadu zdrowotnego, dotyczące mojego stanu zdrowia, przyjmowanych przeze mnie leków, przebytych urazów oraz udzielonych dotychczas świadczeń zdrowotnych, zabiegów kosmetycznych i estetycznych. Zostałem/am poinformowany/a, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji traktowane jest jako przyczynienie się Klienta do powstania szkody.

Zobowiązuję się do zgłoszenia osobie wykonującej zabieg wszelkich zmian w moim stanie zdrowia najpóźniej w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Data podpis klienta/ki:

Podpis osoby wykonującej zabieg.....

PIERWSZY ZABIEG DOPIGMENTOWANIA (UZUPEŁNIAJĄCY)

Oświadczam, że poinformowałem/am osobę wykonującą zabieg o braku zmian w moim stanie zdrowia oraz w zakresie innych danych objętych treścią wywiadu. Wszystkie informacje zawarte w wywiadzie są aktualne i prawdziwe.

Oświadczam, że poinformowałem/am osobę wykonującą zabieg o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia oraz w zakresie innych danych objętych treścią wywiadu. Pozostałe informacje zawarte w wywiadzie są aktualne i prawdziwe.

OPIS ZMIAN

.....
.....

.....
.....

Data podpis klienta/ki:..... Podpis osoby wykonującej zabieg.....

DRUGI ZABIEG DOPIGMENTOWANIA (UZUPEŁNIAJĄCY)

Oświadczam, że poinformowałem/am osobę wykonującą zabieg o braku zmian w moim stanie zdrowia oraz w zakresie innych danych objętych treścią wywiadu. Wszystkie informacje zawarte w wywiadzie są aktualne i prawdziwe.

Oświadczam, że poinformowałem/am osobę wykonującą zabieg o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia oraz w zakresie innych danych objętych treścią wywiadu. Pozostałe informacje zawarte w wywiadzie są aktualne i prawdziwe.

OPIS ZMIAN

.....
.....
.....
.....

Data podpis klienta/ki:..... Podpis osoby wykonującej zabieg.....