



CHEMOEXFOLIATION
ENERPEEL®



INFORMOVANÝ SOUHLAS

CHEMOEXFOLIAČNÍ OŠETŘENÍ PŘÍPRAVKY ENERPEEL® MEDICAL DEVICES

INFORMAČNÍ LETÁK

1. ÚVOD

Přípravky ENERPEEL® Medical Devices splňují podmínky nařízení Evropské 93/42/EEC, 47/2007/EC ve znění dodatků týkajících se zdravotnických prostředků.

2. DEFINICE

Přípravky ENERPEEL® Medical Devices sestávají, v souvislosti s různými léčebnými požadavky, z různých kyselin, v některých případech ze stejných kyselin s různou koncentrací.

3. CÍL OŠETŘENÍ CHEMICKÝMI PEELINGY ENERPEEL® MEDICAL DEVICES

Chemoexfoliace (chemický peeling) je lékařské ošetření používající organické kyseliny za účelem kontrolovaného narušení svrchní vrstvy kůže. Tato léčebná procedura má za cíl zlepšit určité stavy kůže prostřednictvím odstranění odumřelých buněk její rohové vrstvy, regenerací a vznikem nové epidermis a remodelací dermis.

Chemoexfoliace může být klasifikována jako velmi povrchová, povrchová, středně hluboká nebo hluboká v závislosti na vlastnostech exfoliačního prostředku použitého během aplikace na ošetřovanou oblast před neutralizací.

* DŮLEŽITÁ UPOZORNĚNÍ

- V případě tvorby „krusty“, v závislosti na počtu nanesených vrstev, kontaktní doby, počtu předchozích provedených aplikací, časových intervalů mezi jednou a druhou aplikací, obecně-rasových charakteristik, fototypu a typu pleti, proveďte okamžitě neutralizaci nebo odstranění exfoliačního roztoku pomocí příslušných ubrousků ENERPEEL® NEU Neutralizer nebo ENERPEEL® RW Remover Wipes.
- Ampulka se používá spolu s jednorázovými aplikátory, určenými pro jednoho pacienta a samostatné ošetření. Balení obsahuje 8/32 jednorázových aplikátorů, které jsou nezbytné pro provedení dalších aplikací.
- Podle indikace, použité kyseliny, doby aplikace, počtu vrstev, vlastnostech pacienta a onemocnění, se může povrchová exfoliace změnit ve středně hlubokou.

d. Přípravky ENERPEEL® Medical Devices lze použít pouze před vypršením doby expirace vyznačené na obalu.

4. INDIKACE K POUŽITÍ

Chemoexfoliace, neboli odstranění svrchní vrstvy kůže následované regenerací epidermálních buněk, je určena k prevenci, kontrole, léčení nebo zlepšení různých patologických stavů kůže, jako jsou například hypertrofické jizvy, hyperpigmentační léze, kožní elastóza, zánětlivé akné, komedogenní akné, jizvy po akné a následky aktinického poškození, jako potencionálně prekancerózní keratotické léze.

4.1.1. Poškození kůže aktinické povahy

- aktinická keratóza
- solární elastóza
- solární lentigo
- dermatoheliosis
- změny pigmentace

4.1.2. Hyperpigmentační léze

- melasma
- postinflamatorní hyperpigmentace

4.1.3. Akné a další dermatologické indikace

- povrchové jizvy
- radiační keratóza
- acne vulgaris
- jizvy po akné
- plantární bradavice
- sebaceózní hyperplasie
- papulo-pustulární rozacea

4.1.4. Estetické nedokonalosti pokožky

- stárnutí v důsledku světla a věku
- vrásky
- ztráta rovnoměrnosti barvy pokožky
- ztráta odstínu pokožky



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Pacient prohlašuje, že si přečetl Informační leták a byl seznámen s účinky i vlastnostmi chemického peelingu ENERPEEL® a s postupy ošetření tímto přípravkem. Dále potvrzuje, že byl obeznámen s jeho přínosy i možnými vedlejšími účinky a s doporučenými postupy následné domácí péče. Pacient potvrzuje, že měl možnost klást ošetřujícímu lékaři dotazy, na něž obdržel vyčerpávající odpovědi.

Pacient tímto dává souhlas ošetřujícímu lékaři k provedení ošetření chemickým peelingem ENERPEEL®, které dobrovolně podstupuje.

Datum / /
den měsíc rok

Jméno _____ Příjmení _____
(hůlkovým písmem) (hůlkovým písmem)

Podpis pacienta _____

Pacient souhlasí, aby mu lékař provedl příslušné chemoexfoliační ošetření zdravotnickým prostředkem ENERPEEL® dle údajů uvedených výše.

Typ přípravku ENERPEEL® : _____

Datum / /
den měsíc rok

Jméno _____ Příjmení _____
(hůlkovým písmem) (hůlkovým písmem)

Podpis pacienta _____

PRO LÉKAŘE

Prohlašuji, že pacient si přečetl Informační leták a byl seznámen s účinky i vlastnostmi chemického peelingu ENERPEEL® a s postupy ošetření tímto přípravkem. Dále byl obeznámen s jeho přínosy i možnými vedlejšími účinky a s doporučenými postupy následné domácí péče.

Lékař potvrzuje, že pacient mu měl možnost klást dotazy, na něž obdržel vyčerpávající odpovědi.

Pacient ošetření chemickým peelingem ENERPEEL® dobrovolně podstupuje.

Datum / /
den měsíc rok

Jméno _____ Příjmení _____
(hůlkovým písmem) (hůlkovým písmem)

Podpis lékaře _____

