

KARTA ZABIEGOWA

Imię i nazwisko:

Numer indeksu:

Data przystąpienia do egzaminu dyplomowego – część praktyczna:

1. W jakim przedziale wiekowym, obecnie się Pani/Pan znajduje? Proszę o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi:

- Do 20 r.ż.
- 20 – 30 lat
- 30 – 40 lat
- 40 – 50 lat
- 50 – 60 lat
- 60 +

2. Czy zażywa Pan/Pani leki?

- Nie
 - Tak. Jakie ?
-

3. Czy ma Pan/Pani alergie ?

- Nie.
 - Tak. Na jakie substancje?
-

4. Czy poddawał(a) się Pan(i) zabiegom medycyny estetycznej lub chirurgii plastycznej?

- Nie.
 - Tak. Jakie i kiedy były one wykonywane ?
-

5. Czy korzystał/a Pan/Pani z zabiegów kosmetycznych ?

- Nie.
 - Tak. Z jakich ostatnio i kiedy to było?
-

6. Czy przeszedł/szła Pan/Pani leczenie dermatologiczne ?

- Nie.
 - Tak. Jakimi lekami był/a Pan/Pani leczony/a ? Kiedy zakończyło się leczenie ?
-

7. Czy był/a Pan/Pani poddawany/a leczeniu onkologicznemu?

- Nie.
 - Tak. Kiedy się zakończyło ? Jaką metodą ?
-

Proszę o zapoznanie się poniższymi przeciwwskazaniami do zabiegów:

- nowotwory i stany po ich operacyjnym usunięciu
- ciąża lub jej prawdopodobieństwo, okres laktacji
- stany gorączkowe
- ciężki stan ogólny
- obecność w tkankach ciał obcych metalicznych
- nerwica wegetatywna znacznego stopnia
- skaza krwotoczna,
- rozrusznik serca, metalowe implanty,
- niewydolny układ krążenia, choroby serca, nadciśnienie
- tworzenie się zakrzepów, zatorów, zapalenie żył,
- słaba kondycja zdrowotna,
- stany alergiczne skóry
- astma
- choroby układu nerwowego i nadpobudliwość nerwowa
- epilepsja
- strach przed prądem
- menstruacja
- nowotwory skóry
- popękane naczynia skórne
- zapalenie stawów i kości
- aparat na zęby (w przypadku zabiegu na twarz)
- zaburzenia czucia bólu i odczuwania ciepła,
- choroby immunologiczne
- wypełniacze, botoks, nici liftingujące (3-8 tyg, wymagana konsultacja lekarska)
- zakażenia wirusowe (brodawki, opryszczka, mięczak zakaźny)
- zakażenia bakteryjne (liszajec zakaźny, figówka gronkowcowa)
- zakażenia grzybicze (trądzik krostkowy i ropowiczy)

Czy wśród wyżej wymienionych przeciwwskazań, jest takie, które Pana/Panią dotyczy?

- Nie
- Tak, proszę podać, które:.....

Oświadczenie Modela/ Modelki

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do zabiegów i nie posiadam żadnego z nich.

Nie zataiłem/am żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

W pełni rozumiem, że zabieg wykonywany jest w ramach części praktycznej egzaminu dyplomowego przez osobę, która jest Studentem.

Jestem świadom/a, że mam prawo do wglądu niniejszej karty na każde moje żądanie, poprawianie i uzupełnianie danych.

Data:

Czytelny podpis:

Notatki Studentki/a wykonującej zabieg w ramach praktycznej części egzaminu dyplomowego:

(sposób odżywiania, stosowana pielęgnacja domowa, picie wody, aktywność fizyczna, miejsce pracy, przewlekły stres, badania hormonalne etc.)

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

Wykonany zabieg:

..... Data zabiegu:

Uwagi dotyczące reakcji skóry na stosowane preparaty oraz aparatura:

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

.....

Podpis Studenta/tki wykonującego zabieg