

# Patientjournal

Patientens namn \_\_\_\_\_

Födelsedatum \_\_\_\_\_

Telefon (hem) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefon (arbete) \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Tidigare behandlingar \_\_\_\_\_

Behandlad av \_\_\_\_\_

## Besök I

Behandlingsdatum \_\_\_\_\_

Datum för touch-up/återbesök \_\_\_\_\_

Område-specificera \_\_\_\_\_

Produkt \_\_\_\_\_

Åtgång ml \_\_\_\_\_

Sprutetikett: \_\_\_\_\_

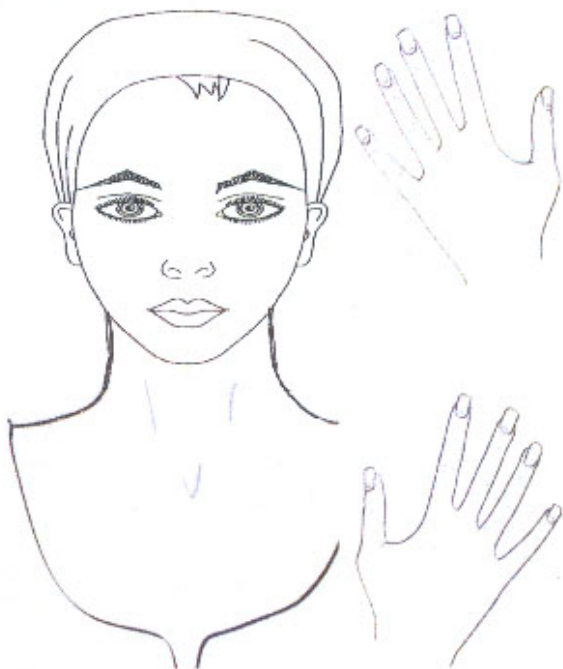


Foto \_\_\_\_\_

Lämnat ut "Checklista efter behandling" \_\_\_\_\_

Ja  Nej

Datum \_\_\_\_\_

Ja  Nej

Bedövning: \_\_\_\_\_

Anteckningar besök I: \_\_\_\_\_

# Besök 2

Behandlingsdatum \_\_\_\_\_

Datum för touch-up/återbesök \_\_\_\_\_



Område-specificera \_\_\_\_\_

Produkt \_\_\_\_\_

Åtgång ml \_\_\_\_\_

Sprutetikett: \_\_\_\_\_

Foto

Ja  Nej

Datum \_\_\_\_\_

Lämnat ut "Checklista efter behandling"

Ja  Nej

Bedövning: \_\_\_\_\_

Anteckningar besök 2: \_\_\_\_\_

# Besök 3

Behandlingsdatum \_\_\_\_\_

Datum för touch-up/återbesök \_\_\_\_\_



Område-specificera \_\_\_\_\_

Produkt \_\_\_\_\_

Åtgång ml \_\_\_\_\_

Sprutetikett: \_\_\_\_\_

Foto

Ja  Nej

Datum \_\_\_\_\_

Lämnat ut "Checklista efter behandling"

Ja  Nej

Bedövning: \_\_\_\_\_

Anteckningar besök 3: \_\_\_\_\_

## Medicinsk historia

Vänligen fyll i denna blankett.

Ja 0	Nej 0	Finns det någon möjlighet att du är gravid?
Ja 0	Nej 0	Ammar du?
Ja 0	Nej 0	Har du fått behandling med någon annan dermal filler? Om Ja Månad/År: _____ Typ: _____
Ja 0	Nej 0	Har du genomgått behandling laser hud, kemisk peeling eller någon annan behandling som bygger på aktiv hudrespons? Om Ja Månad/År: _____
Ja 0	Nej 0	Planerar du att ha permanenta eller semi-permanenta implantat? Om Ja Månad/År: _____
Ja 0	Nej 0	Har ni några aktiva inflammatoriska hudsjukdomar eller hudinfektioner på ditt ansikte, såsom herpes (munsår), akne, utslag, nässelfeber eller psoriasis? Något annat ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Har du några allvarliga sjukdomar som hepatit, autoimmun sjukdom (såsom reumatoid artrit), diabetes mellitus eller HIV? Något annat ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Har du några kända allergier? Om Ja ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Har du någonsin upplevt några biverkningar av lokalbedövning? Om Ja ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Har du drabbats någonsin från en anafylaktisk chock (allvarlig allergisk reaktion)? Om Ja ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Tar du aspirin, anti-inflammatorisk medicin eller antikoagulation (någon medicin för att minska blodets koagulering)? Om Ja ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Tar du några steroider eller immunsuppressiva terapi? Om Ja ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Tar du några andra mediciner? Om Ja ange vilka: _____
Ja 0	Nej 0	Har du tidigare haft keloidbildning eller hypertrofisk ärrbildning? Om Ja specificera: _____
Ja 0	Nej 0	Är du benägen att få blåmärken? Om Ja specificera: _____

Finns det några andra medicinska tillstånd att notera? Om ja, ange:

---



---



---

Ditt fullständiga namn här (texta).

Dagens Datum:

Din Underskrift

# Patientsamtycke till behandling med Uma Jeunesse produkter

Uma Jeunesse® produkterna\* är sterila, geleaktiga ämnen som består av ickeanimalisk, stabiliserad hyaluronsyra. Uma Jeunesse produkterna formar sig efter huden. Produkterna injiceras i huden för att jämna ut fårar och rynkor och för att omforma läppar samt utforma ansiktskonturer. De används också för att återställa elasticiteten i hyn samt minska ojämnheter på huden.

Den praktiker som behandlar mig, har förklarat hur och när Uma Jeunesse produkterna används. Jag har haft förmånen att kunna ställa frågor och erhållit tillfredsställande svar på dem. Jag har fått särskild information vad beträffar tillfällena när behandling med Uma Jeunesse produkter inte bör ske samt information om att vissa reaktioner är vanliga i samband med injektionerna. De har reaktionerna består av rodnad, svullnad, smärta, klåda, blåmärken och ömhet vid implantationsstället. Dessa reaktioner är vanligen milda till måttliga och försvinner vanligen inom kort efter injektionen. De går vanligen över spontant ett par dagar efter injektion i huden, inom en vecka efter injektion i läpparna.

Jag har också erhållit information om de risker som finns när man genomför injektioner i områden med en underliggande känslig anatomi (t.ex. nerver, kärl

och ögon när man behandlar rynkor i det området).

Tillfälliga biverkningar relaterade till injektionerna kan uppstå; vissa av dessa består av svullnad, rodnad och ömhet. Det finns enstaka rapporter om små knölar som uppkommit på behandlingsstället och om ojämnheter som kan kvarstå i flera månader om hudinjektionen lagts för ytligt.

I sällsynta fall har inflammatoriska reaktioner rapporterats; de har bestått av rodnad, svullnad och skleros vid injektionsstället, något som ibland kan påverka omgivande vävnad. Reaktionerna har uppstått inom några dagar eller veckor efter behandlingen. De har vanligen varit lätta till måttliga och begränsade, och den genomsnittliga tiden är två veckor. I sällsynta fall har reaktionerna varit återkommande och kvarstått i flera månader.

I mycket sällsynta fall, så har det uppstått en förlängd sklerosbildning, varbildning samt en gråaktig missfärgning vid behandlingsstället. De har reaktionerna kan utvecklas efter veckor eller månader efter en behandling och kan kvarstå i flera månader. I sällsynta fall har en längre varaktighet rapporterats, men de har reaktionerna avtar vanligen med tiden. Bildning av en sårskorpa och ömsande av skinn vid behandlingsstället är ännu mer sällsynt och kan i mycket sällsynta fall resultera i yttlig ärrbildning.

Jag har informerats om att Uma Jeunesse. På liknande sätt som då man ger lokalbedövning inom tandvården, så är man under cirka två timmar mindre känslig för smärta, värme och kyla i det behandlade området.

Den praktiker som behandlar mig har också informerat mig om att, beroende på vilket område som behandlar och beroende på injektionstekniken, så kan effekten av behandling med Uma Jeunesse kvarstå i 6-12 månader (i läpparna ca 6 månader), men den har perioden kan variera och behandlingen kan sitta i antingen längre eller kortare tid. Med hjälp av uppföljningsbehandling upprätthåller man den önskade justeringen.

Jag har svarat ärligt på frågor gällande eventuell överkänslighet mot bedövningsmedel och frågor gällande min medicinska bakgrund. Jag har också fått en "Kontrollista för efterbehandling" samt information om dess innehåll. Jag är medveten om vikten av att följa råden i kontrollistan.

Jag samtycker härmed till behandling med Uma Jeunesse produkter.

---

Datum

---

Patientens namn (med tryckbokstäver)

---

Patientens underskrift



Uma  
Jeunesse  
For lasting beauty

## **Informerat samtycke.**

Min behandlare som ska utföra den estetiska behandlingen har gett mig all information med potentiella fördelar, begränsningar och alternativa behandlingar. Jag förstår i sin helhet dess utförande. Alla mina frågor och funderingar har besvarats till min belåtenhet.

Jag är väl medveten om alla kontraindikationer och även om möjliga oönskade effekter samt resultat. Jag accepterar risker, biverkningar och möjliga komplikationer som kan uppstå vid denna behandling. Det kan förekomma blåmärken, svullnad samt rodnad. Jag förstår att resultaten inte garanteras. Varaktigheten efter behandlingen kan vara kortare eller längre än den angivna tidsperioden. Jag har besvarat frågorna om min medicinska historik efter min bästa förmåga. Jag intygar att jag blivit informerad angående behandlingen i enighet med ovanstående och samtycker med behandlingen.

## **Innan behandling med Uma Jeunesse fillers.**

Du skall fylla i ett patientmedgivande samt informerat samtycke. Din behandlare bör ta bilder innan behandlingen som sparas till journalhandlingarna. Du skall ej behandlas om du tagit smärtstillande medicin de senaste sju dagarna, intar Omega 3 kosttillskott den senaste veckan eller brukar blodförtunnande läkemedel. Du skall ej behandla områden som tidigare behandlats med permanenta fillers eller andra implantat. Du skall ej vara gravid eller amma. Du skall vara 18 år eller äldre. Om du är allergiker bör du överväga att avstå från behandling på grund av en ökad risk för allergisk reaktion med fillern.

## **Att tänka på då man fått fillerbehandling.**

**Det närmaste dygnet efter behandling.** Rök ej, undvik alkohol, träna ej. Drick mycket vatten.

Undvik bastubad och hård träning de första dygnet. Undvik att använda makeup och hud crème första dygnet. De första två dygnet efter behandlingen ska du inte massera eller gnida det behandlade området.

## **Första Veckan.**

Utsätt inte det behandlade området för extrem värme (t.ex. bastu, solarium och solbad) eller extrem kyla förrän svullnaden och rodnaden försvunnit. Undvik klor bad. Du skall ej solbada kommande veckor, du skall ha högt solskydd minimum faktor trettio. Du bör ej behandlas med massage, lymfdränage, koldioxid eller erbium- laser, radiovågor eller annan apparat som hettar upp eller masserar det behandlade området eftersom detta påverkar nedbrytningen av UMA Jeunesse och snabbar på detta. **Det tar ca en vecka innan resultat kan bedömas.**

## **Vanligt förekommande biverkningar är.**

Litet märke efter nålstick, blåmärke. Svullnad. (försvinner inom 2-7 dagar).

Ej önskvärda biverkningar är inkapsling. Det innebär att det blir en liten förhårdnad med form av en kula i huden.

Den går att ta bort med Hyalase, massage eller att man punkterar och tömmer lite av inkapslingen

Besvären oftast borta på ett dygn

## **Efterbehandling**

Direkt efter behandlingen kan du få lätt rodnad, svullnad, ömhet och klåda på det behandlade området. Detta är en normal reaktion av injektionen. Obehaget är tillfälligt och försvinner normalt efter ett par dagar. Vid läppskulptering kan svullnaden vara något längre. Vissa patienter kan vara svullna i cirka en vecka. Under den här tiden kan läpparna se något ojämna ut. Det betyder att resultatet direkt efter behandlingen inte ska betraktas som det slutgiltiga. Ha ett nytt cerat/läppbalsam efter behandlingen, inte peta, känna och klämma området.

**Kontakta Din läkare, sköterska eller terapeut om obehaget kvarstår eller om du drabbas av andra reaktioner.**

**En påfyllning två till fyra veckor efter den första behandlingen kan behövas för att uppnå optimal korrigering.**

---

Ort	Datum	Namnteckning
-----	-------	--------------