



Zimmer

## Patientinformationsblad *Z Fill*

Korrigerig av medium till djupa rynkor och volymuppbyggnad av läppar och konturdefekter med hyaluron-produkten *Z Fill* Serie

## Läs först informerat samtycke och fyll i enkäten

Bäste/a patient!

Våra kroppar förändras med tiden. Denna process förstärks av s.k. externa faktorer som långvarig, intensiv solexponering samt av rökning. Efter hand visar sig fler och fler små och stora rynkor, som kan få oss att se äldre ut än vi känner oss.

Störande rynkor kan korrigeras med hjälp av olika metoder.

- Kirurgiska ingrepp som hudåtstramning eller laserbehandling
- Avspänning av musklerna med botulinumtoxin
- Insprutning i rynkor med t.ex. hyaluron-preparat

Vi rekommenderar i ditt fall injektioner med hyaluronsyra. Därför vi vill introducera följande metod, som utförs i öppenvården och därför är tidsbesparande.

### Injektioner med hyaluronsyra

Hyaluron är en naturlig sackarid i en mjuk, gelliknande form. Den ursprungliga formen av hyaluronsyra är en naturlig komponent i huden, vilket dock stadigt minskar under livet. Som ett resultat sjunker vävnaden ner mer och mer och det kan bildas rynkor. För att motverka åldrandet, erbjuder vi tillförsel av hyaluronsyra. Den nya generationens hyaluronhaltiga geler är lämpliga för målinriktad korrigerande av rynkor och konturfekter samt för läppvolym. I en speciell tillverkningsprocess blir hyaluronsyran från *Z Fill*-produktserie tvärbunden (*Z Fill* refresh<sup>2</sup> ej tvärbunden), varigenom den blir extra stabil och bryts ned mycket långsamt. På så sätt är långvarig kosmetisk effekt möjlig. Hyaluron fördelas jämnt i huden och ger mjuka övergångar mellan behandlade och obehandlade områden. Resultatet är ett mycket naturligt och vackert utseende. Hyaluronsyra tolereras väl och nedbrytes med tiden på ett naturligt sätt i kroppen.

### När ska du avstå från behandling med hyaluronsyra

Framför allt bör du avstå från hyaluronsyra-behandling om du är allergisk mot denna ingrediens. Även vid autoimmuna sjukdomar som reumatism, diabetes mellitus samt frekventa halsinfektioner, infektioner i endokardiet (endokardit) eller en benägenhet att bilda keloider ska du avstå från behandlingen. Eftersom det inte finns någon erfarenhet av gravida eller ammande kvinnor eller ungdomar under 18 för närvarande, måste dessa personer också undantas från behandlingen med hyaluronfiller.

### Vad ska du dessutom beakta?

Informera din läkare om tidigare behandling med andra fillers och möjliga komplikationer.

### Behandlingen

Behandling med *Z Fill* hyaluron-produkt är mycket enkel. *Z Fill* injiceras med en mycket fin nål under rynkan som fylls upp. Ett synligt resultat kan i regel omedelbart konstateras. *Z Fill* erbjuder flera produktvarianter, beroende på vilket syfte och var hur djupt eller ytligt den ska användas. Så kan vi välja lämplig behandling för varje område som skall behandlas.

Behandlingen kan utföras direkt efter rådgivning och kräver oftast ingen föregående användning av smärtstillande krämer eller annan lokalbehandling. Före behandlingen måste ansiktet rengöras och eventuell kosmetika tas bort. Under injektionen kan det kortvarigt förekomma en lätt blödning, men denna avtar med avslutad behandling. Ibland kan injektionsstället bli hårt eller missfärgas något. Detta försvinner normalt efter en kort tid. Effekten av behandlingen är långvarig, men på grund av naturliga nedbrytningsmekanismer är den inte permanent. Så efter ett par månader kan du besluta dig igen, om du önskar ytterligare förnyring.

### Eventuella biverkningar och komplikationer

Förutom att i enskilda fall injektions typiska komplikationer förekommer, såsom små blödningar, blåmärken, skada eller funktionsnedsättning av nerver och blodkärl, bölder, herpes, emboli eller nekros, sällan lokaliserad trombos, mycket sällsynt inflammation vid injektionsstället, vilket kan kräva en behandling eller ingripande, kan lättare ödem eller rodnad förekomma, men dessa försvinner oftast efter en kort tid av sig själv. Ibland kan, i synnerhet hos mörkhyade patienter med mycket tunn hud, beroende på mängden injicerat preparat och insprutningsdjupet, en mild, övergående ljusning av de injicerade områdena förekomma. I mycket sällsynta fall kan svullnader, förhårdnader, knutor eller en lätt missfärgning förekomma i de behandlade områdena, men oftast går dessa tillbaka efter några dagar.

Mindre vanligt: 1-10 användare av 1 000, sällsynta: 1-10 användare av 10 000, mycket sällsynta: förekommer hos färre än 1 av 10 000).

Inga tillförlitliga långtidsstudier över flera decennier finns för närvarande, men okända långsiktiga risker kan inte uteslutas.

### Efter behandlingen:

Efter behandlingen bör du unna din hud lugn och ro och inte sminka dig på minst 12 timmar. Besök i bastu eller hamam bör du undvika i 2 veckor efter behandlingen. Vänligen undvik även under denna tid längre tids sol- och UV-bestrålning (solarier), liksom att trycka hårt med händerna på de behandlade områdena. Du bör inte konsumera alkohol 2 dagar efter behandlingen. Andra kosmetiska åtgärder (t.ex. laserbehandling, peeling, dermabrasion) bör göras i det behandlade området först efter samråd med din behandlande läkare.

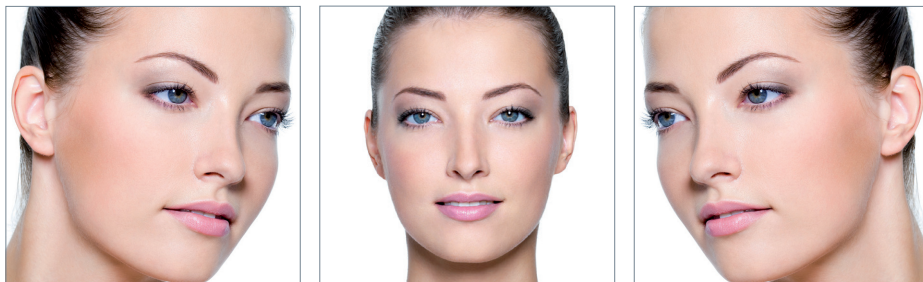
Var vänlig besvara följande frågor fullständigt vid samtalet så att din behandlande läkare bättre kan förstå eventuella risker.

Om du har några frågor, tveka inte att kontakta din läkare.

## Medicinsk historia, frågeformulär

1. Tar du mediciner (analgetika, antikoagulantia (t.ex., acetylsalicylsyra<sup>®</sup>, Warfarin<sup>®</sup>), lugnande medel, sömntabletter)?  nej  ja
- Annat \_\_\_\_\_
2. Upplever du någon hjärt-kärlsjukdom (t.ex. högt blodtryck, kärlkramp pectoris, hjärtinfarkt, hjärtsvikt)?  nej  ja
- b) Om ja, vilka? \_\_\_\_\_
3. Lider du ofta av näsblod eller blåmärken utan att ha skadat dig eller efter lätt beröring? Har du känd blodleversdefekt?  nej  ja
4. Känd allergi (t.ex. hösnuva, astma) eller reagerar du på sådana allergener, överkänslighet mot smärtstillande medel, bedövningsmedel, livsmedel (t.ex. av animaliskt ursprung), mediciner, gips, latex?  nej  ja
- b) Om ja, vilka? \_\_\_\_\_
5. Lider du av infektioner eller allvarliga kroniska sjukdomar (t.ex., hepatit, HIV, glaukom, epilepsi)?  nej  ja
- b) Om ja, vilka? \_\_\_\_\_
6. Brukar du få överdriven ärrbildning (keloider) eller problem med sår läkningen?  nej  ja
7. Lider du av en kronisk autoimmun sjukdom (t.ex. kronisk reumatism - eller mjukdelsreumatism, Crohns sjukdom)?  nej  ja
8. Röker du?  nej  ja
9. Hur ofta och hur länge sitter du i naturligt/eller artificiellt solljus?
- mer än 1 x vecka  1 x vecka  1 x månaden  aldrig
10. Har du någonsin haft herpes (munsår) på den punkt där injektionen skall utföras?  nej  ja
11. Har du någonsin inte tålt sprutor för lokalbedövning?  nej  ja
12. Är du gravid eller ammar?  nej  ja
13. Har du tidigare behandlats med filler?  nej  ja
- Om ja, när och med vilka material/produkt? \_\_\_\_\_
14. Förekom några komplikationer vid behandlingen?  nej  ja
- b) Om ja, vilka? \_\_\_\_\_
15. Är en plastikoperation inplanerad eller genomförd?  nej  ja
- Om ja, när då? \_\_\_\_\_
16. Föreligger typ I-diabetes?  nej  ja
- Tar du blodsockersänkande läkemedel eller insulin?  nej  ja
- b) Om ja, vilka? \_\_\_\_\_
17. Föreligger några andra sjukdomar eller hälsoproblem hos dig?  nej  ja
- b) Om ja, vilka? \_\_\_\_\_

För utarbetandet av applikationsområden



Jag har läst patientens informationsblad och samtycker till att låta mig behandlas med Z Fill - hyaluron-produkt. Behandlingen sker polikliniskt.

Jag har fått förklarad för mig injektionsteknik och vilken indikation som gäller för Z Fill, dess karaktär, innehåll och utsikter för framgång med ovanstående behandling, inklusive tillhörande potentiella biverkningar, komplikationer och dess frekvens, vilka alla beskrivits utförligt och i detalj vid diskussionen om informerat samtycke. Jag fick möjlighet att ställa frågor, som alla besvarades till min belåtenhet.

Jag har fått skriftlig information och tillräckligt lång betänketid.

Jag fick veta att den fyllande effektens varaktighet är beroende av hudtyp och anlag och att man vanligtvis brukar rekommendera en uppföljande behandling efter 6-12 månader.

Behandlingen börjar den: \_\_\_\_\_

Använd(a) produkt(er): \_\_\_\_\_

1. Jag önskar först få bedövningskräm  
 Nej       Ja
2. Jag önskar först bedövning i form av kallluft  
 Nej       Ja
3. Jag vill ha en annan typ av bedövning:  
 \_\_\_\_\_

Skulle oförutsägbar ändring eller förlängning av den diskuterade behandlingen, vara nödvändig, samtycker jag till att genomföra nödvändiga åtgärder. Om eventuell uppföljning eller eftervård tillkommer, blir jag informerad.

Jag har svarat på alla frågor efter bästa förmåga.

\_\_\_\_\_  
 Patientens namn (textat)

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Underskrift av patienten

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Underskrift av behandlande läkare