**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 +
1. Czy zażywa Pan/Pani leki?
* Nie
* Tak. Jakie ?

………………………………………………………………………………………..…………

1. Czy ma Pan/Pani alergie ?
* Nie.
* Tak. Na jakie substancje?

…………………………………………………………………………………………………..

1. Czy poddawał(a) się Pan(i) zabiegom medycyny estetycznej lub chirurgii plastycznej?
* Nie.
* Tak. Jakie i kiedy były one wykonywane ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy korzystał/a Pan/Pani z zabiegów kosmetologicznych ?
* Nie.
* Tak. Z jakich ostatnio i kiedy to było?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy przeszedł/szła Pan/Pani leczenie dermatologiczne ?
* Nie.
* Tak. Jakimi lakami był/a Pan/Pani leczony/a ? Kiedy zakończyło się leczenie ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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