



WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

Bardzo prosimy o wnikliwe zapoznanie się z poniższymi pytaniami oraz o udzielenie na nie samodzielnej i dokładnej odpowiedzi. W przypadku trudności z odpowiedzią, wystąpienia niejasności lub wątpliwości proszę podkreślić pytanie i wyjaśnić wątpliwości z osobą przeprowadzającą zabieg lub inną uprawnioną osobą. Odpowiedzi na poniższe pytania pomogą wykluczyć przeciwwskazania do zabiegu, określić możliwość i stopień wystąpienia powikłań lub działań niepożądanych, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu oraz służyć do zebrania informacji koniecznych do wybrania dla Pani/Pana właściwego zabiegu.

Nazwisko i imię Klienta/tki

data urodzenia

2. Czy w ciągu ostatnich 48h pił/a Pan/i alkohol lub zażywał/a środki o działaniu odurzającym ?

☐ TAK ☐ NIE

3. Czy ma Pan/i aktualnie infekcję lub stan zapalny organizmu (podwyższona temperatura, katar etc.)

☐ TAK ☐ NIE

4. Czy ma Pan aktualnie infekcje bakteryjną, wirusową lub grzybiczną skóry (trądzik, opryszczka etc.)

☐ TAK ☐ NIE

5. Czy jest Pan/i na coś uczulony/a? (w tym składniki: preparatów kosmetycznych, farb fryzjerskich, pigmentów do makijażu permanentnego, tatuażu, preparatów antyseptycznych, znieczuleń miejscowych – np. lidokaina, lateks, metale)

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak to na co:

6. Czy występują u Pana/i:

☐ duszność

☐ pokrzywka

☐ obrzęki

☐ swędzenie

7. Czy kiedykolwiek poddawał/a się Pan/i leczeniu w szpitalu lub przechodził/a jakiś zabieg/operację?

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy po zabiegu wystąpiły jakieś powikłania? Skutki uboczne?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie?

8. Czy kiedykolwiek poddawał/a się Pan/i leczeniu stomatologicznemu powodującemu lub skutkującym przerwaniem ciągłości tkanek (ekstrakcja zęba, implanty, leczenie kanałowe)

☐ TAK ☐ NIE

Czy po zabiegu wystąpiły jakieś powikłania? Skutki uboczne?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie?



WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

9. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z zabiegów z zakresu medycyny/kosmetologii estetycznej powodujących przerwanie ciągłości tkanek (naskórka) ?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jaki był to rodzaj zabiegu? _____

Czy po zabiegu wystąpiły jakieś powikłania? Skutki uboczne?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie? _____

10. Czy kiedykolwiek miała/a Pan/i z wykonywany zabieg dermo pigmentacji (makijaż permanentny, tatuaż, trychopigmentacja itp.)

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jaki był to rodzaj zabiegu? _____

Czy po zabiegu wystąpiły jakieś powikłania? Skutki uboczne?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie? _____

11. Czy w przeciągu ostatnich 12 mc korzystał/a Pan/i z zabiegów kosmetycznych lub fryzjerskich ?

☐ TAK ☐ NIE

12. Czy w miejscu planowanego zabiegu występują u Pana/i jakiekolwiek anormalia/zmiany skórne lub schorzenia skóry?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to jakie i czy były one konsultowane dermatologicznie ? _____

13. Czy ma Pan/i ma skłonność do krwawień?

☐ TAK ☐ NIE

14. Czy miał/a Pan/i epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?

☐ TAK ☐ NIE

15. Czy choruje Pan/i lub w przeszłości chorował/a na którąś z następujących chorób? W przypadku odpowiedzi potwierdzającej, proszę o zaznaczenie, konkretnej jednostki chorobowej której odpowiedź dotyczy.

Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)

☐ TAK ☐ NIE

Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, miażdżyca)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych / krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby płuc (rozcedma, gruźlica, astma)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby gałki ocznej (odklejająca się siatkówka, jaskra, zaćma, nawracające stany zapalne spojówki, zespół suchego oka, częste łzawienia, jęczmień)

☐ TAK ☐ NIE



WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

Choroby skóry (łuszczyca, egzema, atopowe zapalenie skóry, tendencje do keloidów i blizn, bielactwo , tysienie plackowate)

☐ TAK ☐ NIE

Wirus opryszczki

☐ TAK ☐ NIE

Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka / dwunastnicy, choroby jelit)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)

☐ TAK ☐ NIE

Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)

☐ TAK ☐ NIE

Syndrom stopy cukrzycowej

☐ TAK ☐ NIE

Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, Hashimoto)

☐ TAK ☐ NIE

Tętniak (mózgu, aorty, tętnic)

☐ TAK ☐ NIE

Stwardnienie rozsiane

☐ TAK ☐ NIE

Toczeń rumieniowaty układowy

☐ TAK ☐ NIE

Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa / stawów, stany po złamaniach)

☐ TAK ☐ NIE

Choroby autoimmunologiczne (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, syndrom Cohna, choroba Gravesa-Basedova, zesztywniające zapalenie stawów.)

☐ TAK ☐ NIE

Reumatoidalne zapalenie stawów

☐ TAK ☐ NIE

Osteoporoza

☐ TAK ☐ NIE

Zmiany nastroju (depresja, nerwica)

☐ TAK ☐ NIE

Nadpobudliwość, tiki nerwowe, natręctwa (nadmierne drapanie)

☐ TAK ☐ NIE

Epilepsja

☐ TAK ☐ NIE

Choroby zakaźne

☐ TAK ☐ NIE

Żółtaczką zakaźną typu A

☐ TAK ☐ NIE

Żółtaczką zakaźną typu B

☐ TAK ☐ NIE

Żółtaczką zakaźną typu C

☐ TAK ☐ NIE

AIDS

☐ TAK ☐ NIE

HIV

☐ TAK ☐ NIE

Półpasiec

☐ TAK ☐ NIE

16. Czy jest lub był/a Pan/i w okresie ostatnich 12 m-cy w trakcie poniższych procesów leczenia/kuracji

Chemioterapia

☐ TAK ☐ NIE

Radioterapia

☐ TAK ☐ NIE

Antybiotyki (w przebiegu ostatnich 30 dni)

☐ TAK ☐ NIE

Sterydy (w przebiegu ostatnich 3 miesięcy)

☐ TAK ☐ NIE

Retinoidy (w przebiegu ostatnich 6 miesięcy)

☐ TAK ☐ NIE

Stosowanie preparatów rozrzedzających krew (Acard, Heparyna, Aspiryna)

☐ TAK ☐ NIE

Terapia hormonalna (w przebiegu ostatnich 3 miesięcy)

☐ TAK ☐ NIE

17. Czy ma Pan/i rozrusznik serca, wykonany zabieg angioplastyki wieńcowej (balonikowanie, stentowanie), operację pomostowania aortalno-wieńcowego (bajpasy), operację zastawki serca?

☐ TAK ☐ NIE

18. Czy miał Pan/i wykonywany zabieg przeszczepu ? (skóry, organu)

☐ TAK ☐ NIE

19. Jeżeli tak to czy zażywa Pan/i leki immunosupresyjne ?

☐ TAK ☐ NIE

20. Czy jest Pan/i lub planuje Pan/i w okresie najbliższych 3 m-cy leczenie stomatologiczne/ ortodontyczne

☐ TAK ☐ NIE



WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

21. Czy miał/a Pan/i wykonywane w obszarze twarzy niżej wymienione zabiegi medycyny estetycznej lub zabiegi kosmetyczne?

Operacje powiek

☐ TAK ☐ NIE

Wypełniacze skórne (np. kwas hialuronowy)

☐ TAK ☐ NIE

Zastrzyki tłuszczowe

☐ TAK ☐ NIE

Implanty

☐ TAK ☐ NIE

Nici PDO

☐ TAK ☐ NIE

Peelingi chemiczne, enzymatyczne, laserowe, mechaniczne

☐ TAK ☐ NIE

Mezoterapia igłowa

☐ TAK ☐ NIE

Przedłużanie rzęs

☐ TAK ☐ NIE

Inne niż w/w zabiegi plastyczne ? Jeżeli tak to jakie:

22. Czy w okolicy zabiegowej używał/a Pan/i w okresie ostatnich 60 dni jakiś kosmetyków/preparatów/leków stosowanych miejscowo (np. odżywki do rzęs/ brwi)

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie:

Czy używał/a Pan/i ostatnio kremów brązujących/samoopalaczy lub był/a na solarium/opalał/a się?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy: _____

Czy przyjmuje/przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni jakieś suplementy diety/witaminy?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie:

Czy przyjmuje/przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni jakieś zioła? W szczególności – dziurawiec, nagietek, skrzyp polny)

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie: _____

23. Czy przyjmuje/przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich 30 dni jakieś inne niż w/w leki?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie, na jakie dolegliwości oraz schorzenia (proszę również podać dawkę i częstotliwość zażywania):

24. Inne dolegliwości lub schorzenia , jakie?

PYTANIA DOTYCZĄCE KOBIET

25. Czy jest Pani w ciąży?

☐ TAK ☐ NIE

26. Czy jest Pani w okresie połogu ?

☐ TAK ☐ NIE

27. Czy jest Pani w okresie laktacji ?

☐ TAK ☐ NIE

28. Czy karmi Pani piersią?

☐ TAK ☐ NIE

29. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?

☐ TAK ☐ NIE

30. Czy jest Pan/i krwiodawcą ?

☐ TAK ☐ NIE



WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

32. Rodzaj wykonywanej pracy (środowisko pracy – biuro, otwarta przestrzeń, zakład produkcyjny itd.)

33. Tryb życia:

34. Dieta:

35. Czy pali Pan/i tytoń?
Jeśli tak, to ile i od kiedy:

☐ TAK ☐ NIE

DODATKOWE INFORMACJE OD OSOBY PODDAJĄCEJ SIĘ ZABIEGOWI:

Czy ma Pan/i jakieś inne uwagi odnośnie swojego zdrowia (w przypadku braku uwag należy wpisać BRAK UWAG):

DODATKOWE PYTANIA I NOTATKI OSOBY WYKONUJĄCEJ ZABIEG:

PRÓBA UCZULENIOWA:

Sposób wykonania:

Miejsce próby (np. za uchem):

Czas trwania próby:

Wynik próby:



WYWIAD PRZEDZABIEGOWY MAKIAŻ PERMANENTNY

OŚWIADCZENIE KLIENTA

Udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na zadawane mi pytania w trakcie wywiadu zdrowotnego, dotyczące mojego stanu zdrowia, przyjmowanych przeze mnie leków, przebytych urazów oraz udzielonych dotychczas świadczeń zdrowotnych, zabiegów kosmetycznych i estetycznych. Zostałem/em poinformowany/a, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji traktowane jest jako przyczynienie się Klienta do powstania szkody.

Zobowiązuję się do zgłoszenia osobie wykonującej zabieg wszelkich zmian w moim stanie zdrowia najpóźniej w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

(czytelny podpis Klienta/tki)

KOLEJNE WIZYTY

Oświadczam, że poinformowałem/am osobę wykonującą zabieg o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia lub ich braku. Wszelkie informacje zawarte w wywiadzie są aktualne i prawdziwe.

PIERWSZY ZABIEG DOPIGMENTOWANIA (UZUPEŁNIAJĄCY)

data _____ podpis klienta _____

podpis wykonującej zabieg _____

DRUGI ZABIEG DOPIGMENTOWANIA (UZUPEŁNIAJĄCY)

data _____ podpis klienta _____

podpis wykonującej zabieg _____