

Patientinformation vedrørende kosmetisk behandling med Polynukleotider

Rejuvenate er et registreret behandlingssted og klinikens behandler, Gazelle Doroudian, er ligeledes registreret hos Styrelsen for Patientsikkerhed til kosmetisk behandling med polynukleotider

Udarbejdet af:

**Speciallæge og kliniker Gazelle
Doroudian**

Dato for seneste ajourføring: Oktober 2024

Dato for næste ajourføring. : Oktober 2026

Hvad er polynukleotider:

En injicerbar gel som består af RNA polynucleotider udvundet fra Laksesæd. Det består således af gensekvenser fra laks som stimulerer hudens kollagen og elastin syntese på et cellulært niveau.

Polynukleotider er en sikker behandling uden risiko for alvorlige komplikationer og kan anvendes rundt om øjnene for at reducere tidlige aldringstegn, herunder både linjer inkl. pigmentering samt i hele ansigtet for at holde huden ung og sund i mange år.

Vitaran tilbydes som et kur forløb á 3 behandlinger med ca .1 måneds mellemrum varigheden af behandling er hele 9-12 måneder.

Behandling:

Injektion med en 35G nål rundt om øjne i form af små mikrobolus i det overfladiske hudlag.

Til ansigt kan der også anvendes en cannula mhp. ydermere stimulation af kollagen.

Injektionsteknik efter individuel vurdering.

Bivirkninger: små buler i huden, blå mærker og rødme og evt. kløe omkring det injicerede område. Bivirkninger er alle er forbigående i løbet af få timer. Risiko for infektion omkring indstiksstedet.

Kontraindikationer/forsigtighedsregler:

Hvis du har betændelse i det område, der ønskes behandlet. Hvis du tidligere har reageret overfølsomt/allergisk overfor polynukleotider. Hvis du bruger blodfortyndende medicin. Hvis du tidligere er behandlet med permanente fillers i det område, der ønskes behandlet. Behandling udføres ikke på personer under 18 år, gravide eller ammende.

Øvrige oplysninger: Patientinformation kan downloades på hjemmesiden, rejuvenate.dk.

Akut kontakt til lægen i tilfælde af alvorlige reaktioner på tlf: +45 52 40 77 52.

Medicinsk historik – indsamling af information omkring mine helbredsoplysninger:

| | |
|------------------|--|
| Fulde navn | |
| CPR. Nr. | |
| Adresse | |
| Postnummer og by | |
| Tlf. nr. | |
| Email. | |

| Helbred | JA | NEJ | Uddyb gerne |
|--|----|-----|-------------|
| Er du sund og rask? | | | |
| Bruger du medicin til dagligt? | | | |
| Tager du blodfortyndende medicin? | | | |
| Er du gravid eller ammende? | | | |
| Overfølsomhed | JA | NEJ | Uddyb gerne |
| Har du tidligere fået botox/filler | | | |
| Har du haft komplikationer ifb. behandlingen | | | |
| Har du nyligt haft en infektion? | | | |
| Får du forkølelsessår på læberne? | | | |
| Har du allergier/er du allergi skoverfor lægemidler? | | | |

Om denne information og samtykkeerklæring: Du skal modtage skriftlig information om behandlingen og efterfølgende mundtlig information. Du har ret til en bisidder ved modtagelsen af den mundtlige information. Denne information er udarbejdet for at opfylde Sundhedsstyrelsenskrav om patientinformation og informeret samtykke i forbindelse med kosmetisk behandling.

Samtykke til behandling Jeg har besvaret spørgsmålene ærligt om min medicinske historik. Jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information polynukleotider. Der er et lovkrav om 48 timers betænkningstid efter modtagelse af patientinformation, før du tidligst kan give dit samtykke.

Dato og Underskrift:
