

## **OPIS i SVRHA POSTUPKA**

### **Vrsta lasera: Nd:YAG 1064 nm**

Nd:YAG laser 1064 nm primjenjuje se za liječenje proširenih kapilara na licu, dekolteu natkoljenicama i potkoljenicama te za tretman spider nevusa, cherry angioma i angioma na usnicama.

Nakon pripreme kože koja uključuje uklanjanje korektivne kozmetike te eventualno brijanje dlačica, aplicira se gel, a oči zaštite naočalama. Tijekom tretmana kapilare mogu "prsnuti" i nestati ili zbog tzv. fotokoagulacije mogu postati sivkaste boje te postepeno nestajati u vremenu od tri do šest tjedana. Napominjemo da je za uspješan rezultat potrebno nekoliko tretmana u razmacima od četiri do šest tjedana. Broj tretmana ovisi o dijelu kože koji se tretira te o brojnosti, tj. gustoći kapilarne mreže. Također je moguće da se u razmacima između tretmana pojave nove kapilare koje se također tretiraju laserom. Nakon tretmana proširenih kapilara na nogama nije potrebno nositi kompresivne čarape, osim ako liječnik odluči suprotno, što ovisi o kliničkoj slici. Za laserski tretman cherry angioma i spider nevusa potreban je jedan do dva tretmana.

Prije tretmana potrebno je informirati liječnika o kroničnim bolestima, lijekovima koje uzimate te ako imate česte infekcije herpes virusom (Herpes simplex ili Herpes zoster). Potrebno je navesti ako imate teže kronične bolesti ili ako ste liječeni zbog karcinoma kože ili melanoma. Pacijentima koji imaju vitiligo mogu se nakon laserskog tretmana pojaviti nova žarišta vitiliga.

Nakon pripreme kože koja uključuje čišćenje kože te brijanje dlačica, aplicira se gel, a oči zaštite naočalama.

### **Za žene reproduktivne dobi**

Potpisivanjem suglasnosti prihvaćate terapijski postupak i potvrđujete da niste trudni. Također se obvezujete da ćete obavijestiti liječnika ako zatrudnite u periodu između tretmana.

Fotodokumentacija može biti učinjena prije tretmana, na kontrolnom pregledu te nakon tretmana.

Pristajem na fotografiranje:       da       ne

Pristajem na korištenje mojih fotografija za nastavne svrhe:       da       ne

### **NUSPOJAVE (POPRAVNE POJAVE)**

Moguće su tijekom i nakon tretmana te se opisuju kao:

**NELAGODA** - različiti oblici nelagode mogući su tijekom tretmana, kao što su osjećaj peckanja, žarenja, bockanja i umjerene boli,

**CRVENILO/OTEKLINE/KRVARENJE** - moguće su pojave crvenila (eritema) i otekline (edemi) tretiranog područja koje su prolazne te hematoma (podljeva) koji su također prolazni,

**PROMJENE PIGMENTACIJE** - moguća je pojava svjetlijih ili tamnijih mrlja na tretiranoj koži koje su prolazne, iako kod nekih pacijenata mogu biti i trajne. Na tretiranom dijelu kože mogu biti vidljive roskaste, crvenkaste ili plavičaste mrlje koje su prolazne.

RANE - moguća je pojava mjehurića u području tretirane kože nakon čije rupture nastaju plitke erozije, ranice ili krastice. Primijetite li jednu od ovih promjena odmah nas kontaktirajte.

INFEKCIJE - infekcija je moguća u slučaju ranica (erozija) na tretiranoj koži. Ranicu je potrebno zaštititi antibiotskom masti i povojem (flaster). Primijetite li znakove infekcije, kao što su crvenilo, bol i oteklina, odmah nas kontaktirajte.

OŽILJCI - pojava ožiljaka je rijetka pojava, ali je moguća. Kako bi umanjili rizik nastanka ovih promjena važno je pridržavati se uputa o njezi kože nakon tretmana.

OŠTEĆENJA VIDA - tijekom cijelog tretmana imat ćete zaštitne naočale kako bi izbjegli mogućnost oštećenja očiju laserom.

### **NJEGA NAKON TRETMANA**

Nakon tretmana ne preporučuje se izlaganje suncu. Kremu za zaštitu od sunca (SPF 50, UVA+UVB) potrebno je aplicirati ako je tretiran dio kože koji je izložen suncu.

Neutralnu kremu za lice, aloa vera gel ili losion za tijelo preporučuje se primjenjivati u svakodnevnoj njezi.

U slučaju pojave mjehurića, krastica i ranica potrebno je aplicirati mupirocin mast te se telefonom naručiti na kontrolni pregled.

Ne preporučuje se primjenjivati heparin gel na moguće podljeve (hematome).

Preporučujemo da se pridržavate uputa o redovnim periodičnim dolascima na tretmane, što utječe na uspješnost samog tretmana, kao i svih uputa liječnika.

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_