

### Przeciwwskazania do zabiegu z użyciem lasera FOTONA:

#### Bezwzględne (Er:YAG oraz Nd:YAG)

- Potwierdzony w badaniu histologicznym nowotwór złośliwy w wywiadzie w obszarze zabiegu
- Objawy kliniczne wskazujące na chorobę nowotworową
- Nadczynność tarczycy, jeśli zabieg ma być wykonywany w obrębie szyi
- Padaczka
- Ciąża
- Czynne zakażenia ogólnoustrojowe
- Stosowanie w przeszłości promieniowania jonizującego na obszarze, który ma zostać poddany zabiegowi

#### Względne (Er:YAG oraz Nd:YAG)

- Potwierdzony w badaniu histologicznym nowotwór złośliwy w wywiadzie
- Problemy z gojeniem ran w wywiadzie, w tym między innymi hiperpigmentacja pozapalna, nieprawidłowe bliznowacenie i bliznowiec
- Zakażenie na obszarze, który ma zostać poddany zabiegowi, w tym wirusowe, bakteryjne lub grzybicze zakażenie tkanek
- Stan zapalny na obszarze zabiegu, w tym zakażenie lub choroby autoimmunologiczne
- Gorączka
- Ogólnoustrojowe lub miejscowe zaburzenia autoimmunologiczne
- Choroby neurologiczne
- Zabieg laserowy w obrębie jąder
- Nadwrażliwość na światło w wywiadzie
- Przyjmowanie leków pobudzających światłoczułość przez ostatnie 6 miesięcy, w szczególności tetracyklin, fluorochinolonów, leków moczopędnych tiazydowych, fenotiazyny, sulfonamidów i pochodnych witaminy A, środki zmniejszające poziom glukozy we krwi, światłoczułe leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, hormonalne, inne światłoczułe leki/zioła, antybiotyki
- Cukrzyca typu 1
- Cukrzyca typu 2
- Stosowanie leków przeciwplatekcyjnych, przeciwzakrzepowych, rozszerzających naczynia krwionośne
- Dolegliwości lub choroby, które ograniczają krzepnięcie krwi
- Dolegliwości lub choroby, które ograniczają funkcjonowanie płytek krwi
- Dolegliwości lub choroby, które ograniczają zdolność krwi do przenoszenia tlenu, w tym znaczna utrata krwi
- Choroby tkanki łącznej
- Leczenie z użyciem złota
- Opalenizna, nadmierna ekspozycja na światło słoneczne w ostatnim czasie
- Tkanka znajdująca się w pobliżu implantów dowolnego typu lub nad nimi
- Stosowanie kremów/maści/kosmetyków/zabiegów wybielających, złuszczących

- Dodatkowe przeciwwskazania względne w przypadku tymczasowego wzrostu przejrzystości paznokcia u pacjentów z grzybicą paznokci: trwałe lub półtrwałe odbarwienie płytki paznokcia, łuszczyca płytki paznokcia i liszaj płaski, pigmentacja skóry pod paznokciem lub krwotok podpaznokciowy, inne nierozpoznane zmiany płytki paznokcia i okolicy wokół paznokcia
- Niebezpieczne cząsteczki w masie w obrębie leczonego obszaru (np. niespalone resztki prochu strzelniczego w „tatuażach” od ran postrzałowych)
- Dodatkowe przeciwwskazania względne w chirurgii: historia choroby sercowo-naczyniowej, historia choroby płuc, zaburzenia endokrynologiczne, chorobliwa otyłość, tkanka znajdująca się w pobliżu implantów dowolnego typu lub nad nimi.

Ja, \_\_\_\_\_ niżej podpisana(-y) \_\_\_\_\_  
oświadczam, że zapoznałam(-em) się z powyższą listą przeciwwskazań.  
Oświadczam, iż żadne z nich mnie nie dotyczy.

\_\_\_\_\_

(Data i podpis Pacjenta/Klienta lub Opiekuna prawnego)