

# Dermapen™

## HELSE- & SAMTYKKESKJEMA

DATO

KLINIKK NAVN

BEHANDLERENS NAVN

### PASIENTINFORMASJON

NAVN

FØDSELSDATO

ADRESSE

TELEFON (M)

(H)

(A)

EMAILADRESSE

### NÆRMESTE PÅRØRENDE

NAVN

RELASJON

TELEFON (M)

(H)

(A)

EMAILADRESSE

HVILKEN HUDUTFORDING ER DET DU PRIMÆRT ØNSKER Å BEHANDLE MED DERMAPEN™?

HAR DU NOEN VIKTIGE AVTALER/PLANER DEN KOMMENDE UKEN?

J ○ N ○

HAR DU NOEN KJENTE ALLERGIER?

(Feks. LATEKS, METALLER, SJØMAT, NØTTER, PENICILLIN, BEDØVELSESMIDLER, P-AMINOBENZOIC ACID (PABA), SULPHONAMIDE ALLERGIES)

HAR DU PÅ NÅVÆRENDE TIDSPUNKT NOEN AV FØLGENDE HUDTILSTANDER?

- Papulo-pustuløs Rosacea
- Akne vulgaris stadii III-IV
- Herpes simplex
- Dermatomyositt

- Vorter
- Sklerodermi
- Pemfigus / pemfigoid
- Bakteriell/sopp Infeksjon

- Åpne sår
- Solar keratose
- Hudkreft

**HAR DU OPPLEVD NOEN ALVORLIGE BIVIRKNINGER I FORBINDELSE MED BRUKEN AV BEDØVELSE?**

**ER DU FOR TIDEN UNDER MEDISINSK TILSYN FOR NOEN AV FØLGENDE?**

J  N

**(HVIS JA, VENNLIGST HUK AV)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hjertetilstander / Arytmi | <input type="checkbox"/> Diabetes (type I eller II)    | <input type="checkbox"/> Pseudocholinesterase mangel                |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune lidelse        | <input type="checkbox"/> Kreft                         | <input type="checkbox"/> Kongenial eller idiopatisk metemoglobinemi |
| <input type="checkbox"/> Hemofil                   | <input type="checkbox"/> Humant immunsviktivirus (HIV) |   |
| <input type="checkbox"/> Leversykdom               |  |   |

**ER DU GRAVID ELLER AMMER?**

J  N

**TAR DU (ELLER HAR DU I SISTE 3 MÅNEDENE BRUKT) NOEN AV FØLGENDE LEGEMIDLER ELLER KOSTTILSKUDD? (VENNLIGST HUK AV)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Isotretinoin</b> (Inkludert men ikke begrenset til Roaccutane® / Accutane® / Isotane®) | <input type="checkbox"/> <b>Lyse sensitive midler</b> (inkludert men ikke begrenset til antidepressiva/angstdempende/antibiotika) |
| <input type="checkbox"/> <b>Anti-koagulerende / bloodfortynnende</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Prevensjonsmidler</b>   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Fiskeolje/planteolje/Omega 3</b>  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Ginseng/Gingko Biloba/Johannesurt</b>   |

**HAR DU GJENNOMFØRT NOEN AV FØLGENDE BEHANDLINGSPROSEDYRER DE SISTE 2 UKENE PÅ OMRÅDET SOM SKAL BEHANDLES? (VENNLIGST HUK AV)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Plastikk/kosmetisk kirurgi</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Laser/IPL/hårfjerning</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Muskelavslappende/rynkereduserede injeksjoner</b> (inkludert men ikke begrenset til Botox® eller Azzelure™)   | <input type="checkbox"/> <b>Radiofrekvensbehandling (RF)</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Filler injeksjoner</b> (inkludert men ikke begrenset til Juvederm®, Restylane®, Belotero®, Captique®, Esthelis®, Radiesse®, Aquamid®, Sculptra® or Artefill®) | <input type="checkbox"/> <b>Fotodynamisk terapi (PDT)</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Mikrodermabrasjon / krystallsliping</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Dermabrasjon</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Kjemisk peeling</b> (inkludert men ikke begrenset til glykolsyre, melkesyre, mandelsyre eller salisylsyre.)   | <input type="checkbox"/> <b>Dype kjemiske peelinger (TCA)</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Derma blading / Derma planing</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Tatoveringer / kosmetisk tatovering</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Elektrolyse / diatermi</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Hårfjerning</b> (inkludert men ikke begrenset til voksing, sugaring, plucking, threading, hårfjerningskremer) |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Spraytan/Selvbruning kremer</b>   |

**HAR DU BRUKT PRODUKTER DEN SISTE UKEN SOM INNEHOLDER NOEN AV FØLGENDE INGREDIENSER PÅ OMRÅDET SOM DU SKAL BEHANDLES MED DERMAPEN™? (VENNLIGST HUK AV)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Alfa/beta hydroksysyrer</b> (inkludert men ikke begrenset til glykolsyre, melkesyre eller salisylsyre.) | <input type="checkbox"/> <b>Bensoylperoksid/adapelene</b> (Differin®) |
| <input type="checkbox"/> <b>Retinoider</b> (Vitamin A) (inkludert men ikke begrenset til tretinoin, retinol eller renalaldehyde)    | <input type="checkbox"/> <b>Hydroquinone/kojicsyre/azelainsyre</b>    |

Jeg, ..... har utfyllt skjemaet etter beste evne, behandleren har gjennomgått punktene nevnt nedenfor, jeg har forstått innholdet og skal følge instruksjonene:

- |   |   |
|---|---|
| • Hva en Dermapen™ behandling er                  | • Kontraindikasjoner og andre hensyn                    |
| • Hvordan en Dermapen™ behandling fungerer        | • Bedøvelses protokoller                                |
| • Forventede resultater av Dermapen™ behandlinger | • Etterbehandlingsprodukter fra Dermapen Dermaceuticals |

**Jeg forstår at det vil være nødvendig med en serie av behandlinger med Dermapen™ for å oppnå optimale resultater.**

Pasientens signatur .....

Behandlerens signatur .....

Pasientens navn .....

Behandlerens navn .....

Dato .....

Dato .....

# Dermapen™

## INFORMASJON

### PRE- & POST DERMAPEN™ BEHANDLING

---

Dermapen™ er en korrigerende behandling som skaper mikrokanaler i hudens matrise. Ved bruk av patentert teknologi glir Dermapen™ over huden for å stimulere kroppens egen naturlige sårhelings respons. Det er mulig å oppnå synlige resultater gjennom personlig tilpasset behandlinger, som er dokumentert for å forbedre utseendet på aldring, rynker, ujevn hudfarge, ujevn tekstur, strekkmerker og arvev i ansikts- og kroppsområder. Dermapen™ behandlinger er raske, effektive og kan gi resultater etter bare en behandling. Basert på dine utfordringer, kan Dermapen™ behandleren anbefale en serie behandlinger for optimalt resultat. En autorisert Dermapen™ klinikk bruker kun originale Dermapen™ enheter og produkter, i tillegg til at behandlingen gjennomføres av en Dermapen™ utdannet behandler.

#### FORHOLDSREGLER

Din helsetilstand, medisinbruk, kosttilskudd og din livsstil kan påvirke Dermapen™ behandlingen. Alle pasienter må fylle ut et Dermapen™ helse- og samtykkeskjema før behandling for vurdering av behandleren. Hvis du er utsatt for herpes simplex (forkjølelssår), anbefales det å ta eller bruke en målrettet profylakse, for eksempel acyclovir, for å forhindre et mulig utbrudd. For solbrune til mørke hudfarger eller hud som er utsatt for postinflammatorisk hyperpigmentering, anbefales det å bruke et melaninhemmende hudregime i minst 2 uker før en Dermapen™ behandling. Dermapen™ anbefaler å bruke DP Dermaceuticals Brite Lite™ to ganger daglig.

#### ETTERBEHANDLING FOR INVASIVE BEHANDLINGER

Etter endt behandling, skal pasienten unngå å ta på huden de første 2 timene. Du kan først vaske huden og dusje etter 12 timer. Påfølgende morgen kan pasienten kun vaske og anvende godkjente hudpleieprodukter fra Dermapen Dermaceuticals. Bruk ikke sminke eller make-up børste de 2 etterfølgende dagene etter behandlingen. Under sårhelingsprosessen kan det oppstå mindre kløe, elveblest, flassing eller rødhet. Hvis symptomene vedvarer, kan du ringe din Dermapen™ - behandler. Ikke plukk, klem eller irriter under sårhelingsprosessen. Unngå følgende aktiviteter i opptil 2 dager etter en Dermapen™ behandlingen:

- Direkte ultrafiolett eksponering (sol og solarier)
- Intensiv kondisjon eller styrketrening
- Ekstra varmt dusj, bading, spa eller badstue
- Spray eller selvbruning
- Svømming i klor basseng eller i havet
- Tatovering (inkludert kosmetisk tatovering)
- Ytterligere kliniske behandlinger (inkludert, men ikke begrenset til): mikrodermabrasjon, laser, intens pulserende lys, kjemisk peeling, muskelavslappende injeksjoner og fillere) unngås i opptil to uker.