

AESTHETIC ATLAS · VISUAL MEDICAL LEARNING



MATERIAŁ UZUPEŁNIAJĄCY DO ATLASU INIEKCJI W OBRĘBIE TWARZY

PAKIET CHECKLIST ZABIEGOWYCH

*Przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i po zabiegu: konsultacja, ocena anatomii,
przygotowanie stanowiska, planowanie i kontrola pozabiegowa*

121
STRON

107
KART ROBOCZYCH

15
OKOLIC TWARZY

AESTHETIC ATLAS · EDYCJA 2026
PDF W FORMACIE A4

Pakiet Checklist Zabiegowych

Wydanie 1 · 2026

Pakiet Checklist Zabiegowych jest materiałem uzupełniającym do Atlasu Iniekcji w Obrębie Twarzy. Zawiera gotowe listy kontrolne do konsultacji, oceny anatomii, przygotowania stanowiska, wykonania zabiegu w poszczególnych okolicach twarzy oraz kontroli pozabiegowej.

Materiał jest przeznaczony dla lekarzy i innych osób uprawnionych do wykonywania zabiegów iniekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wszystkie strony można wydrukować i używać wielokrotnie. Kody stron (na przykład K-01 lub R05-B) pozwalają odwoływać się do konkretnych list w dokumentacji i podczas szkolenia zespołu.

Wersja PDF, format A4. Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie i rozpowszechnianie bez zgody wydawcy jest zabronione.

WAŻNE ZASTRZEŻENIE

Pakiet ma charakter edukacyjny i organizacyjny. Nie zastępuje szkolenia praktycznego, oceny klinicznej, charakterystyki produktu leczniczego ani instrukcji użycia wyrobu medycznego. Dawkowanie, objętości i schematy postępowania w powikłaniach ustalaj zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ChPL, wytycznymi towarzystw naukowych i przepisami prawa. Autor i wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za skutki zabiegów wykonanych na podstawie tego materiału.

Jak korzystać z pakietu

Pięć kroków, które porządkują pracę od konsultacji do kontroli

- 1 Wybierz część odpowiadającą etapowi pracy: konsultacja, planowanie, przygotowanie, zabieg, powikłania lub kontrola po zabiegu.
- 2 Wydrukuj stronę i odznaczaj punkty w trakcie pracy, a nie po fakcie. Punkty wyróżnione złotym tłem są krytyczne.
- 3 Przy zabiegu w danej okolicy użyj trzech kart z części IV: A przed zabiegiem, B w trakcie zabiegu, C po zabiegu i kontrola.
- 4 Przed pierwszym zabiegiem dnia sprawdź zestaw awaryjny (karta S-07) i przegląd dzienny gabinetu (karta Q-01).
- 5 Zapisuj wyniki w dokumentacji pacjenta, a karty kontrolne z części VI planuj już podczas konsultacji.

LEGENDA OZNACZEŃ

OZNACZENIE	ZNACZENIE
☐	Pole do odznaczania. Odznacz dopiero po wykonaniu czynności lub potwierdzeniu.
Pogrubione, złote tło	Punkt krytyczny: brak potwierdzenia oznacza wstrzymanie zabiegu lub działanie alarmowe.
Kod strony (np. K-01)	Stały identyfikator karty, przydatny w dokumentacji i przy szkoleniu zespołu.

MAPA PAKIETU

CZĘŚĆ	ZAKRES	STRONY
Część I	Konsultacja i kwalifikacja	7-21
Część II	Ocena anatomii i planowanie	22-30
Część III	Stanowisko i przygotowanie	31-41
Część IV	Zabieg według okolic twarzy	42-87
Część V	Powikłania i sytuacje alarmowe	88-99
Część VI	Po zabiegu i kontrola	100-109
Część VII	Kontrola jakości gabinetu	110-116
Część VIII	Załączniki	117-121

Spis treści

CZĘŚĆ I · KONSULTACJA I KWALIFIKACJA

K-01	Pierwsza konsultacja: organizacja i cele	8
K-02	Wywiad ogólny	9
K-03	Leki i suplementy	10
K-04	Alergie i reakcje w przeszłości	11
K-05	Wcześniejsze zabiegi estetyczne i wypełniacze	12
K-06	Przeciwwskazania i decyzja kwalifikacyjna	13
K-07	Ocena oczekiwań i motywacji	14
K-08	Grupy szczególne	15
K-09	Ocena skóry i jakości tkanek	16
K-10	Dokumentacja fotograficzna	17
K-11	Informacja dla pacjenta i zgoda, część 1	18
K-12	Informacja dla pacjenta i zgoda, część 2	19
K-13	Rozmowa o ryzyku i alternatywach	20
K-14	Plan leczenia i decyzja pacjenta	21

CZĘŚĆ II · OCENA ANATOMII I PLANOWANIE

P-01	Ocena statyczna i dynamiczna twarzy	23
P-02	Deficyty objętości i opadanie tkanek	24
P-03	Mapowanie ryzyka naczyniowego	25
P-04	Wybór płaszczyzny podania	26
P-05	Wybór narzędzia: igła czy kaniula	27
P-06	Wybór preparatu	28
P-07	Planowanie objętości i etapów	29
P-08	Kolejność okolic i logika planu	30

CZĘŚĆ III · STANOWISKO I PRZYGOTOWANIE

S-01	Przygotowanie gabinetu i stanowiska	32
S-02	Higiena rąk i środki ochrony indywidualnej	33
S-03	Sprzęt jednorazowy i narzędzia	34
S-04	Preparaty: identyfikacja i identyfikowalność	35
S-05	Przygotowanie toksyny botulinowej	36
S-06	Przygotowanie skóry i znieczulenie	37
S-07	Zestaw awaryjny: kontrola kompletności	38
S-08	Weryfikacja przed zabiegiem (time-out)	39
S-09	Pozycja pacjenta, ergonomia i komunikacja w trakcie	40

Spis treści (cd.)

S-10	Zakończenie zabiegu i sprzątanie	41
-------------	----------------------------------	-----------

CZĘŚĆ IV · ZABIEG WEDŁUG OKOLIC TWARZY

R01	Czoło	43-45
R02	Gładzizna	46-48
R03	Brwi	49-51
R04	Skronie	52-54
R05	Okolica oczu boczna (kurze łapki)	55-57
R06	Bruzda łzowa i okolica podoczodołowa	58-60
R07	Policzki i okolica jarzmowa	61-63
R08	Nos	64-66
R09	Bruzda nosowo-wargowa	67-69
R10	Usta	70-72
R11	Kąciki ust i bruzdy marionetki	73-75
R12	Broda	76-78
R13	Linia żuchwy	79-81
R14	Mięsień żwacz	82-84
R15	Szyja i platysma	85-87

CZĘŚĆ V · POWIKŁANIA I SYTUACJE ALARMOWE

X-01	Okluzja naczyniowa: rozpoznanie	89
X-02	Okluzja naczyniowa: postępowanie natychmiastowe	90
X-03	Zaburzenia widzenia i objawy oczne	91
X-04	Objawy neurologiczne i podejrzenie udaru	92
X-05	Anafilaksja	93
X-06	Reakcja wazowagalna i omdlenie	94
X-07	Zakażenie, opryszczka i biofilm	95
X-08	Guzki, obrzęk i reakcje późne	96
X-09	Ptoza i asymetria po zabiegu	97
X-10	Krwiak i krwawienie	98
X-11	Dokumentacja i zgłoszenie zdarzenia niepożądanego	99

CZĘŚĆ VI · PO ZABIEGU I KONTROLA

F-01	Wypis pacjenta po zabiegu	101
F-02	Zalecenia po wypełniaczu z kwasu hialuronowego	102
F-03	Zalecenia po toksynie botulinowej	103
F-04	Kontrola po 24 do 72 godzinach	104

Spis treści (cd.)

F-05	Kontrola po 14 dniach	105
F-06	Kontrola po 4 do 6 tygodniach	106
F-07	Kontrola po 3 do 6 miesiącach i powtórzenie zabiegu	107
F-08	Ocena wyniku i satysfakcji	108
F-09	Telefon od pacjenta z niepokojącymi objawami	109
CZĘŚĆ VII · KONTROLA JAKOŚCI GABINETU		
Q-01	Przegląd dzienny gabinetu	111
Q-02	Przegląd tygodniowy gabinetu	112
Q-03	Przegląd miesięczny zestawu awaryjnego	113
Q-04	Dziennik partii preparatów	114
Q-05	Rejestr zdarzeń niepożądanych	115
Q-06	Szkolenie zespołu i ćwiczenia	116
CZĘŚĆ VIII · ZAŁĄCZNIKI		
Z-01	Skróty i pojęcia	118
Z-02	Terminarz kontroli	119
Z-03	Kontakty alarmowe	120
Z-04	Notatki operatora	121

I

KONSULTACJA I KWALIFIKACJA



Wywiad, przeciwwskazania, zgody, oczekiwania pacjenta i plan leczenia: wszystko, co decyduje, czy zabieg w ogóle powinien się odbyć.

K-01	Pierwsza konsultacja: organizacja i cele	8
K-02	Wywiad ogólny	9
K-03	Leki i suplementy	10
K-04	Alergie i reakcje w przeszłości	11
K-05	Wcześniejsze zabiegi estetyczne i wypełniacze	12
K-06	Przeciwwskazania i decyzja kwalifikacyjna	13
K-07	Ocena oczekiwań i motywacji	14
K-08	Grupy szczególne	15
K-09	Ocena skóry i jakości tkanek	16
K-10	Dokumentacja fotograficzna	17
K-11	Informacja dla pacjenta i zgoda, część 1	18
K-12	Informacja dla pacjenta i zgoda, część 2	19
K-13	Rozmowa o ryzyku i alternatywach	20
K-14	Plan leczenia i decyzja pacjenta	21

Pierwsza konsultacja: organizacja i cele

Uporządkuj wizytę, zanim przejdziesz do oceny twarzy

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

POWÓD ZGŁOSZENIA

ŹRÓDŁO SKIEROWANIA

ORGANIZACJA WIZYTY

- ☐ Potwierdzono tożsamość pacjenta i pełnoletność.
- ☐ Zapewniono spokojne, prywatne miejsce rozmowy i dobre oświetlenie.
- ☐ Wyjaśniono cel wizyty: konsultacja, kwalifikacja i plan, bez obowiązku wykonania zabiegu.
- ☐ Przygotowano formularz wywiadu i formularze zgód do wypełnienia przed oceną twarzy.
- ☐ Ustalono, czy pacjent przyszedł z konkretnym oczekiwaniem lub zdjęciem wzorca.

CELE I PRIORYTETY PACJENTA

- ☐ Zapisano własnymi słowami pacjenta, co go najbardziej niepokoi w wyglądzie.
- ☐ Ustalono priorytety: od jednej do trzech okolic do poprawy w pierwszej kolejności.
- ☐ Zapytano, od kiedy pacjent zauważa problem i co zdecydowało o wizycie teraz.
- ☐ Ustalono oczekiwany efekt: naturalny, wyraźny, odmłodzenie, kontur.
- ☐ Ustalono termin ważnego wydarzenia (ślub, urlop), który wpływa na plan.

WYNIK WIZYTY

- ☐ Określono, czy konsultacja kończy się kwalifikacją, odroczeniem czy odmową.
- ☐ Ustalono termin kolejnej wizyty lub zabiegu i sposób kontaktu.
- ☐ Pacjent otrzymał pisemne informacje o planowanych zabiegach i czas na decyzję.

ZASADA

Decyzja o zabiegu nie musi zapaść na pierwszej wizycie. Czas na przemyślenie zmniejsza ryzyko decyzji podjętej pod presją.

Wywiad ogólny

Choroby, styl życia i stany, które zmieniają ryzyko zabiegu

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

DANE I STYL ŻYCIA

- ☐ Wiek, zawód i rytm pracy (wpływ na czas powrotu do aktywności).
- ☐ Palenie tytoniu i alkohol: wpływ na gojenie, obrzęk i ryzyko powikłań.
- ☐ Ekspozycja na słońce, solarium i sport na świeżym powietrzu w najbliższych tygodniach.
- ☐ Planowane podróże i aktywność fizyczna w ciągu 2 tygodni po zabiegu.

CHOROBY OGÓLNE

- ☐ Choroby autoimmunologiczne (aktywne lub w wywiadzie), w tym choroby tkanki łącznej.
- ☐ Cukrzyca i inne choroby zaburzające gojenie i odporność.
- ☐ Choroby tarczycy, nerek i serca wpływające na obrzęki i ogólny stan.
- ☐ Choroby nerwowo-mięśniowe (miastenia, zespół Lamberta i Eatona, stwardnienie zanikowe boczne): ważne przy toksynie botulinowej.
- ☐ Zaburzenia krzepnięcia, skłonność do siniaków lub krwawień.
- ☐ Nowotwory: leczenie w toku lub po leczeniu (konsultacja z lekarzem prowadzącym).

SKÓRA I ZAKAŻENIA

- ☐ Opryszczka wargowa i twarzy: częstość nawrotów i ostatni epizod.
- ☐ Trądzik, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca lub inne aktywne zmiany w okolicy podania.
- ☐ Skłonność do bliznowców i przerostowych blizn.
- ☐ Zakażenie (skóra, zęby, zatoki, drogi oddechowe) lub gorączka w ostatnich dniach.

WYWIAD OPERACYJNY

- ☐ Operacje twarzy, nosa i powiek (rynoplastyka, blefaroplastyka, lifting).
- ☐ Wszczepy, nici, materiały trwałe lub wypełniacze nieznanego pochodzenia.
- ☐ Zabiegi stomatologiczne lub chirurgiczne w jamie ustnej w ostatnich 2 tygodniach.

Leki i suplementy

Co przyjmuje pacjent i jak wpływa to na zabieg

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

LEKI WPŁYWAJĄCE NA KRZĄWIENIE I SINIAKI

- ☐ Leki przeciwzakrzepowe i przeciwplatek (kwas acetylosalicylowy, klopidoarel, heparyny, doustne antykoagulanty).
- ☐ Niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane regularnie.
- ☐ Suplementy: olej rybi, witamina E, czosnek, młozrąb dwuklapowy.

☐ **Decyzję o odstawieniu leków przewlekłych podejmuje wyłącznie lekarz prowadzący; zabieg można odroczyć.**

LEKI WPŁYWAJĄCE NA SKÓRĘ I ODPORNOŚĆ

- ☐ Izotretynoina (obecnie lub w ostatnich miesiącach) i inne retinoidy.
- ☐ Leki immunosupresyjne, kortykosteroidy ogólne i leczenie biologiczne.
- ☐ Chemioterapia lub radioterapia w wywiadzie.
- ☐ Leki przeciwwirusowe stosowane profilaktycznie (opryszczka).

ISTOTNE PRZY TOKSYNIE BOTULINOWEJ

- ☐ Antybiotyki aminoglikozydowe, leki zwiotczające mięśnie i inne leki wpływające na przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.
- ☐ Wcześniejsze zabiegi z toksyną: preparat, dawki, czas działania i reakcje.

POZOSTAŁE

- ☐ Leki hormonalne i antykoncepcja (obrzęki, przebarwienia).
- ☐ Kuracje kosmetyczne, peelingi i zabiegi laserowe w ostatnich 2 do 4 tygodniach.
- ☐ Pełną listę leków i suplementów wpisano do karty pacjenta (nazwa, dawka, od kiedy).

Alergie i reakcje w przeszłości

Nadwrażliwość, wcześniejsze powikłania i reakcje na zabiegi

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

ALERGIE I NADWRAŻLIWOŚĆ

- ☐ **Anafilaksja w wywiadzie lub alergia na składnik planowanego preparatu: wstrzymaj kwalifikację do czasu konsultacji.**
- ☐ Alergia na lidokainę i inne środki znieczulające miejscowe.
- ☐ Alergia na składniki preparatów: kwas hialuronowy, albumina, laktoza i białka mleka krowiego (występują w niektórych preparatach toksyny).
- ☐ Alergia na środki antyseptyczne, lateks i plastry.
- ☐ Ciężkie reakcje alergiczne po lekach, szczepionkach lub ukąszeniach owadów.

REAKCJE PO WCZEŚNIEJSZYCH ZABIEGACH

- ☐ Obrzęk, guzki lub zaczerwienienie po wypełniaczu (kiedy, jaki preparat, jak leczono).
- ☐ Reakcje opóźnione po szczepieniu, infekcji lub zabiegu stomatologicznym po wypełniaczu.
- ☐ Ból, bladość lub przebarwienia po zabiegu wskazujące na epizod niedokrwienia.
- ☐ Opadanie powieki, brwi lub asymetria po toksynie botulinowej.
- ☐ Omdlenia wazowagalne lub ataki paniki podczas zabiegów.

DOKUMENTACJA

- ☐ Zapisano nazwy preparatów i daty poprzednich zabiegów, jeśli pacjent je zna.
- ☐ Poproszono o kartę zabiegową lub zdjęcia poprzednich zabiegów, jeśli są dostępne.
- ☐ Alergie wpisano w widocznym miejscu karty pacjenta.

UWAGA

Brak informacji o poprzednich zabiegach też jest informacją: zapisz go w karcie i planuj ostrożniej.

Wcześniejsze zabiegi estetyczne i wypełniacze

Co, gdzie i kiedy było podawane w tej okolicy

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

ZABIEG	OKOLICA	PREPARAT I SERIA	KIEDY	EFEKT LUB REAKCJA

WERYFIKACJA

- ☐ Ustalono, czy w danej okolicy stosowano wypełniacze trwałe lub półtrwałe.
- ☐ Ustalono, czy w przeszłości stosowano hialuronidazę i jaki był efekt lub reakcja.
- ☐ Ustalono, kiedy ostatnio podawano toksynę botulinową i po jakim czasie ustąpił efekt.
- ☐ Oceniono, czy okolice planowane do zabiegu były wcześniej leczone (skumulowana objętość).
- ☐ Sprawdzone, czy zabiegi były wykonywane przez osobę uprawnioną, w warunkach gabinetowych.
- ☐ Ustalono odstęp od ostatniego zabiegu w danej okolicy.
- ☐ Zapisano niezadowolenie pacjenta z poprzednich efektów i jego przyczyny.

UWAGA

Wypełniacz trwały w planowanej okolicy oznacza wyższe ryzyko reakcji i utrudnia ocenę. Skonsultuj plan, zanim zaczniesz.

Przeciwwskazania i decyzja kwalifikacyjna

Kiedy wstrzymać zabieg, a kiedy zmodyfikować plan

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PRZECIWWSKAZANIA BEZWZGLĘDNE: WSTRZYMAJ ZABIEG

- ☐ Ciąża lub karmienie piersią.
- ☐ Aktywne zakażenie lub stan zapalny w miejscu podania (opryszczka, ropnie, trądzik ropny, dermatozy).
- ☐ Znana alergia na składnik preparatu lub anafilaksja w wywiadzie.
- ☐ Choroby nerwowo-mięśniowe przy planowanej toksynie botulinowej (bez decyzji lekarza prowadzącego).

PRZECIWWSKAZANIA WZGLĘDNE: ROZWAŻ ODROCZENIE LUB MODYFIKACJĘ

- ☐ Choroby autoimmunologiczne w okresie zaostrzenia.
- ☐ Leczenie przeciwzakrzepowe lub przeciwplatekcyjne.
- ☐ Izotretynoina w trakcie leczenia lub niedawno zakończona.
- ☐ Skłonność do bliznowców.
- ☐ Niedawne szczepienie, infekcja lub zabieg stomatologiczny.
- ☐ Wypełniacz trwały w planowanej okolicy.
- ☐ Nieuregulowane choroby przewlekłe (np. cukrzyca).

DECYZJA

- ☐ Kwalifikacja: zabieg zgodnie z planem.
- ☐ Kwalifikacja z modyfikacją: zmiana zakresu lub techniki.
- ☐ Odroczenie: zapisano powód i termin ponownej oceny.
- ☐ Odmowa: zapisano powód i poinformowano pacjenta.
- ☐ Decyzję wraz z uzasadnieniem zapisano w dokumentacji i podpisano.

Ocena oczekiwań i motywacji

Rozmowa, która chroni pacjenta i gabinet przed niezadowoleniem

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

MOTYWACJA

- ☐ Pacjent samodzielnie podjął decyzję o zabiegu, bez presji otoczenia.
- ☐ Motywacją jest poprawa własnego samopoczucia, a nie wyłącznie porównanie ze zdjęciami z mediów.
- ☐ Pacjent potrafi opisać, co chce zmienić i dlaczego.
- ☐ Nie występuje presja czasu (potrzeba zabiegu tuż przed wydarzeniem, oczekiwanie natychmiastowego efektu).

REALIZM OCZEKIWAŃ

- ☐ Pacjent rozumie, że efekt jest czasowy i wymaga powtórzeń.
- ☐ Pacjent rozumie, że zabieg poprawia rysy, a nie zmienia twarzy.
- ☐ Pacjent akceptuje podejście etapowe i korekty po 2 do 4 tygodniach.
- ☐ Pacjent zna czas obrzęku i siniaków oraz czasowe ograniczenia aktywności.
- ☐ Pacjent rozumie, że nie ma gwarancji efektu i że ryzyko nigdy nie wynosi zero.

SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE: ROZWAŻ ODROCZENIE

- ☐ **Wielokrotne zabiegi w krótkim czasie z niezadowoleniem z każdego efektu.**
- ☐ **Skupienie na drobnym defekcie, którego nie dostrzega otoczenie.**
- ☐ Oczekiwanie wyglądu identycznego jak u osoby ze zdjęcia.
- ☐ Brak akceptacji jakiegokolwiek ryzyka i przerzucanie odpowiedzialności na wcześniejszych specjalistów.
- ☐ Obniżony nastrój lub stan emocjonalny wyraźnie wpływający na ocenę własnego wyglądu.

UWAGA

Podejrzenie zaburzeń obrazu ciała nie wyklucza rozmowy, ale wymaga ostrożnej kwalifikacji i często konsultacji specjalisty przed kolejnymi zabiegami.

Grupy szczególne

Pacjenci, u których standardowy plan wymaga modyfikacji

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

CIAŻA, KARMIENTE, PLANOWANIE CIAŻY

- ☐ Ciąża i karmienie piersią: zabiegu nie wykonuje się; wyjaśniono powód.
- ☐ Planowana ciąża w najbliższych miesiącach: uwzględniono to w terminie i zakresie zabiegów.

WIEK PACJENTA

- ☐ Poniżej 18 lat: zabieg estetyczny wymaga szczególnych wskazań i zgody przedstawiciela ustawowego; przy wątpliwościach wstrzymaj zabieg.
- ☐ Powyżej 65 lat: oceniono choroby współistniejące, leki i ryzyko krwinków.

CHOROBY PRZEWLEKŁE

- ☐ Choroby autoimmunologiczne: decyzję uzgodniono z lekarzem prowadzącym.
- ☐ Zaburzenia krzepnięcia i terapia przeciwzakrzepowa: omówiono ryzyko krwinków.
- ☐ Choroby nerwowo-mięśniowe: toksyna botulinowa wyłącznie po decyzji specjalisty.
- ☐ Cukrzyca i zaburzenia gojenia: oceniono ryzyko zakażenia i niedokrwienia.

KONTEKST SZCZEGÓLNY

- ☐ Zawody wymagające pełnej mimiki (aktorzy, lektorzy, muzycy instrumentów dętych): omówiono wpływ toksyny i obrzęku.
- ☐ Pacjenci z wcześniejszymi powikłaniami: opracowano indywidualny plan i zapisano go w karcie.
- ☐ Planowane szczepienia lub zabiegi stomatologiczne: ustalono odstęp od zabiegu.
- ☐ Pacjenci stosujący leki o działaniu przeciwzakrzepowym: patrz karta K-03.

ZASADA

U pacjentów młodych, w ciąży lub z chorobami ogólnymi wybieraj ostrożność i decyzję lekarza prowadzącego, a nie presję sprzedażową.

Ocena skóry i jakości tkanek

Skóra, tkanki miękkie i mimika przed wyborem techniki

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

SKÓRA

- ☐ Typ skóry i fototyp (skala Fitzpatricka), skłonność do przebarwień.
- ☐ Grubość i elastyczność skóry, wiotkość, cienka skóra okolicy oczu.
- ☐ Nawodnienie, łojotok, teleangiektazje.
- ☐ Aktywne zmiany: trądzik, wypryski, opryszczka, stany zapalne.
- ☐ Blizny, rozstępy i miejsca po poprzednich zabiegach.
- ☐ Stopień uszkodzeń posłonecznych i przebarwień.

TKANKI MIĘKKIE I KOŚCI

- ☐ Objętość tkanki tłuszczowej w przedziałach: skronie, policzki, żuchwa.
- ☐ Stopień opadania tkanek i wiotkość więzadeł.
- ☐ Projekcja kości: jarzmowe, żuchwa, broda, grzbiet nosa.
- ☐ Asymetrie kostne i tkanek miękkich (wrodzone i nabyte).
- ☐ Uzębienie i zgryz oraz ich wpływ na dolną część twarzy.

MIMIKA

- ☐ Mimika w spoczynku i przy skurczu (uśmiech, marszczenie, unoszenie brwi).
- ☐ Wzorzec mimiczny: mięśnie dominujące, asymetria, nawykowe grymasy.
- ☐ Zmarszczki dynamiczne i statyczne ocenione w spoczynku i w ruchu.

Dokumentacja fotograficzna

Powtarzalne zdjęcia, które pozwalają ocenić efekt i chronią gabinet

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PRZYGOTOWANIE

- ☐ Uzyskano zgodę na dokumentację fotograficzną jako element dokumentacji medycznej.
- ☐ Zgodę na wykorzystanie zdjęć do celów edukacyjnych lub marketingowych uzyskano osobno i pisemnie (lub odnotowano odmowę).
- ☐ Usunięto makijaż, biżuterię i okulary; włosy odsunięto z twarzy.
- ☐ Stałe jednolite tło, stałe oświetlenie, stała odległość i wysokość aparatu.
- ☐ Pacjent ustawiony w płaszczyźnie frankfurckiej.

ZESTAW ZDJĘĆ

- | | |
|---|--|
| ☐ Przód, spoczynek | ☐ Przód, uśmiech |
| ☐ Przód, marszczenie brwi | ☐ Przód, uniesione brwi |
| ☐ Skos 45 stopni, strona prawa | ☐ Skos 45 stopni, strona lewa |
| ☐ Profil prawy | ☐ Profil lewy |
| ☐ Widok z dołu (nos, broda) | ☐ Widok z góry (projekcja policzków, czoło) |
| ☐ Zbliżenie okolicy zabiegowej | ☐ Nagranie ruchu (opcjonalnie) |

ZARZĄDZANIE PLIKAMI

- ☐ Zdjęcia opisano kodem pacjenta i datą oraz zapisano w bezpiecznym miejscu.
- ☐ Dostęp do zdjęć mają wyłącznie osoby uprawnione.
- ☐ Nie zapisano zdjęć na prywatnych urządzeniach bez zabezpieczeń.
- ☐ Zdjęcia po zabiegu wykonano w tych samych warunkach co przed zabiegiem.

Informacja dla pacjenta i zgoda, część 1

Zakres informacji, który pacjent powinien otrzymać przed zgodą

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

INFORMACJA O ZABIEGU

- ☐ Opis zabiegu: cel, technika, preparat i przewidywany przebieg.
- ☐ Nazwa preparatu, producent, informacja o statusie (wyrób medyczny z oznaczeniem CE lub produkt leczniczy).
- ☐ Przewidywany efekt, czas jego utrzymywania i konieczność powtórzeń.
- ☐ Alternatywy: brak zabiegu, inne metody, inne preparaty.
- ☐ Koszt zabiegu, ewentualnych korekt i kontroli.

RYZYSKO I POWIKŁANIA

- ☐ Częste i łagodne: obrzęk, zaczerwienienie, ból, siniaki, asymetria, guzki.
- ☐ Rzadkie i poważne: okluzja naczyniowa, martwica skóry, zaburzenia widzenia, utrata wzroku, udar.
- ☐ Reakcje alergiczne i opóźnione reakcje zapalne.
- ☐ Zakażenie, opryszczka, biofilm.
- ☐ Toksyna: opadnięcie powieki lub brwi, asymetria, osłabienie mięśni, dyfuzja preparatu.

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU

- ☐ Zalecenia po zabiegu i ograniczenia aktywności.
- ☐ Objawy alarmowe i sposób pilnego kontaktu z gabinetem.
- ☐ Termin kontroli i zasady dokładek.
- ☐ Możliwość cofnięcia efektu wypełniacza HA hialuronidazą.
- ☐ Pacjent miał czas na przeczytanie i zadawanie pytań.

Informacja dla pacjenta i zgoda, część 2

Formalności: zgoda, dane osobowe, dokumentacja

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

FORMULARZ ZGODY

- ☐ Formularz zawiera dane pacjenta, dane lekarza, opis zabiegu i okolice.
- ☐ Wymieniono ryzyko powikłań, w tym poważnych, w języku zrozumiałym dla pacjenta.
- ☐ Pacjent podpisał zgodę własnoręcznie po otrzymaniu informacji i możliwości zadania pytań.
- ☐ Odrębne zgody: zabieg, dokumentacja fotograficzna, przetwarzanie danych osobowych, kontakt marketingowy.
- ☐ Kopię zgody przekazano pacjentowi lub zapisano w dokumentacji.

DANE OSOBOWE

- ☐ Poinformowano o przetwarzaniu danych osobowych i zdrowotnych (RODO), administratorze i prawach pacjenta.
- ☐ Wskazano cel i czas przechowywania danych.
- ☐ Zgodę marketingową i zgodę na wykorzystanie zdjęć pobrano odrębnie i dobrowolnie.
- ☐ Zapisano osobę upoważnioną do informacji o stanie zdrowia, jeśli pacjent sobie tego życzy.

WARUNKI SZCZEGÓLNE

- ☐ Niepełnoletni: zgoda przedstawiciela ustawowego i decyzja lekarza o wskazaniach.
- ☐ Pacjent pod wpływem alkoholu, leków lub w silnym stresie: zabieg odroczone.
- ☐ Poinformowano o możliwości wycofania zgody przed zabiegiem.
- ☐ Dokumentację medyczną prowadzono i przechowywano zgodnie z obowiązującymi przepisami.

UWAGA

Materiał ma charakter organizacyjny. Treść zgody i wymogi formalne ustal z prawnikiem, zgodnie z przepisami obowiązującymi w gabinecie.

Rozmowa o ryzyku i alternatywach

Struktura rozmowy, która pozwala pacjentowi podjąć świadomą decyzję

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

ROZMOWA O RYZYKU

- ☐ Omówiono ryzyko okluzji naczyniowej i jej konsekwencje (martwica skóry, zaburzenia widzenia).
- ☐ Wyjaśniono, że ryzyka nie da się całkowicie wyeliminować nawet przy prawidłowej technice.
- ☐ Omówiono ryzyko zależne od okolicy (nos, gładzizna, czoło, bruzda łzowa, bruzda nosowo-wargowa).
- ☐ Wyjaśniono, jak wygląda postępowanie w razie powikłania i że gabinet posiada odpowiednie środki.
- ☐ Poinformowano, że w rzadkich przypadkach może być konieczne leczenie w szpitalu lub pilna konsultacja okulistyczna.

ALTERNATYWY

- ☐ Brak zabiegu i obserwacja.
- ☐ Zabiegi o niższym ryzyku (biostymulatory, mezoterapia, zabiegi energetyczne, pielęgnacja).
- ☐ Inne okolice lub mniejszy zakres zabiegu.
- ☐ Metody chirurgiczne w wybranych wskazaniach.

SPRAWDZENIE ZROZUMIENIA

- ☐ Pacjent własnymi słowami powtórzył najważniejsze ryzyka i zalecenia.
- ☐ Pacjent zadał pytania i otrzymał odpowiedzi.
- ☐ Pacjent otrzymał pisemne materiały do przeczytania w domu.
- ☐ Pacjent wie, że może zrezygnować z zabiegu w każdej chwili.
- ☐ Rozmowę i jej wynik zapisano w dokumentacji.

Plan leczenia i decyzja pacjenta

Etapy, okolice i harmonogram uzgodnione z pacjentem

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

CEL GŁÓWNY

OKOLICE PRIORYTETOWE

OKOLICA	PREPARAT I TECHNIKA	ETAP	TERMIN	KOSZT

ZASADY PLANU

- ☐ Plan uwzględnia kolejność okolic: podparcie i projekcja przed korektą bruzd i drobnych linii.
- ☐ Zabiegi w okolicach wysokiego ryzyka zaplanowano osobno i z odstępem czasu.
- ☐ Zaplanowano objętość na sesję zgodnie z zaleceniami producenta i własną praktyką.
- ☐ Zaplanowano odstępy między sesjami i kontrolę przed dokładką.
- ☐ Ustalono kontrolę po 2 tygodniach po każdym etapie.
- ☐ Terminy dobrano tak, aby nie kolidowały z ważnymi wydarzeniami (obrzęk, siniaki).
- ☐ Pacjent zaakceptował plan i kosztorys w formie pisemnej.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

II

OCENA ANATOMII I PLANOWANIE



Ocena statyczna i dynamiczna, mapa ryzyka naczyniowego, wybór płaszczyzny, narzędzia i preparatu oraz plan etapów.

P-01	Ocena statyczna i dynamiczna twarzy	23
P-02	Deficyty objętości i opadanie tkanek	24
P-03	Mapowanie ryzyka naczyniowego	25
P-04	Wybór płaszczyzny podania	26
P-05	Wybór narzędzia: igła czy kaniula	27
P-06	Wybór preparatu	28
P-07	Planowanie objętości i etapów	29
P-08	Kolejność okolic i logika planu	30

Ocena statyczna i dynamiczna twarzy

Systematyczna ocena przed jakąkolwiek decyzją o technice

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

OCENA STATYCZNA (SPOCZYNEK)

- ☐ Proporcje pionowe: trójpodział twarzy i relacje między jej częściami.
- ☐ Symetria linii środkowej: nos, broda, usta, brwi, kąciki ust.
- ☐ Objętość i projekcja skroni, policzków, żuchwy i brody.
- ☐ Kontur żuchwy i szyi, kąt żuchwy, tkanki podbródkowe.
- ☐ Położenie brwi, szerokość szpar powiekowych, nadmiar skóry powiek.
- ☐ Zagłębienia, bruzdy i cienie w spoczynku (bruzda łzowa, nosowo-wargowa, marionetki).

OCENA DYNAMICZNA

- ☐ Uśmiech: symetria, uniesienie kącików, odsłanianie dziąseł.
- ☐ Marszczenie brwi i unoszenie brwi: siła, asymetria, dominujące mięśnie.
- ☐ Zaciskanie zębów: zarys mięśnia żwacza i skroniowego.
- ☐ Ruchy warg (mówienie, gwizdanie): napięcie mięśnia okrężnego ust.

WARUNKI OCENY

- ☐ Widok z przodu, w skosie 45 stopni i z profilu.
- ☐ Ocena w świetle dziennym i przy oświetleniu bocznym.
- ☐ Ocena w pozycji siedzącej (wpływ grawitacji) i, jeśli to potrzebne, pólleżącej.
- ☐ Wnioski zapisano w karcie i naniesiono na diagram twarzy.

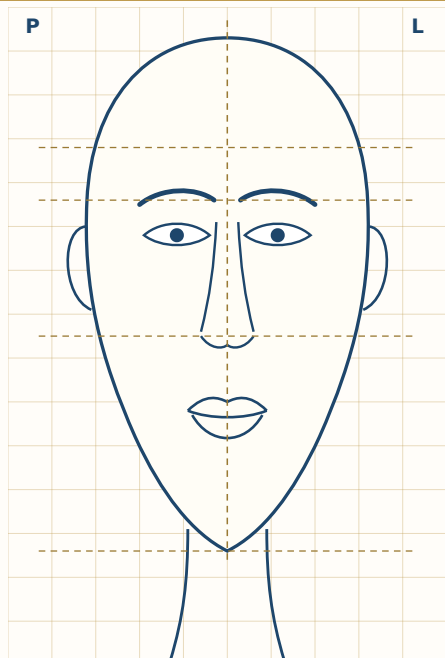
Deficyty objętości i opadanie tkanek

Ustal, co jest przyczyną problemu, zanim zaplanujesz miejsce podania

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Zaznacz na diagramie obszary deficytu objętości i miejsca opadania tkanek.

DEFICYT OBJĘTOŚCI

- ☐ Skronie.
- ☐ Policzek przyśrodkowy i jarzmowy.
- ☐ Bruzda łzowa i przedział podoczodołowy.
- ☐ Okolice przedżuchwowa i bruzdy marionetki.
- ☐ Broda i kąt żuchwy.
- ☐ Wargi i okolice okołoustna.

OPADANIE TKANEK

- ☐ Obniżenie policzka i pogłębienie bruzdy nosowo-wargowej.
- ☐ Obwisły policzek i utrata konturu żuchwy.
- ☐ Opadanie brwi i nadmiar skóry powiek.
- ☐ Zmiany w profilu: podbródek, kąt szyjno-bródkowy.

WNIOSKI I PRIORYTETY

- ☐ Ustalono główną przyczynę: deficyt kości, deficyt tłuszczu, opadanie, jakość skóry.
- ☐ Ustalono okolice, które wymagają podparcia w pierwszej kolejności.
- ☐ Ustalono, czy problem jest lepiej leczyć wypełniaczem, biostymulatorem, toksyną czy zabiegiem na skórę.
- ☐ Uzgodniono priorytety z pacjentem i zapisano je w planie leczenia.
- ☐ Oceniono, czy efekt można osiągnąć mniejszym zakresem zabiegu.

Mapowanie ryzyka naczyniowego

Zaznacz strefy ryzyka, zanim wykonasz pierwsze wklucie

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PRZED ZABIEGIEM

- ☐ Oceniono strefy najwyższego ryzyka w planowanych okolicach: gładzizna, nos, czoło, bruzda nosowo-wargowa, bruzda łzowa.
- ☐ Zaznaczono na skórze przebieg naczyń wyczuwalnych palpacyjnie (tętnica skroniowa powierzchowna, tętnica twarzowa).
- ☐ Zaznaczono otwory: nadoczodołowy, podoczodołowy, bródkowy.
- ☐ Uwzględniono wcześniejsze operacje i blizny zmieniające unaczynienie.
- ☐ Uwzględniono, że przebieg naczyń jest zmienny osobniczo i nie zawsze zgodny z podręcznikiem.
- ☐ Sprawdzone, czy hialuronidaza jest dostępna i ma ważną datę.

ZASADY OGRANICZANIA RYZYKA

- ☐ W strefach wysokiego ryzyka preferuj płaszczyznę głęboką (nadokostnową).
- ☐ Podawaj małe porcje, powoli i przy niskim ciśnieniu.
- ☐ Kaniula zmniejsza ryzyko, ale go nie eliminuje.
- ☐ Aspiracja nie wyklucza wstrzyknięcia do naczynia.
- ☐ Obserwuj kolor skóry i powrót kapilarny w trakcie podania.
- ☐ Utrzymuj kontakt z pacjentem: prosisz o zgłaszanie bólu i zaburzeń widzenia.

ZASADA

Żadna technika nie eliminuje ryzyka okluzji naczyniowej. Gotowość do jej rozpoznania i leczenia jest równie ważna jak sama technika podania.

Wybór płaszczyzny podania

Każda okolica ma płaszczyznę preferowaną i płaszczyznę, której należy unikać

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PŁASZCZYZNA	TYPOWE ZASTOSOWANIA	UWAGI BEZPIECZEŃSTWA
Śródskórna	Preparaty poprawiające jakość skóry, bardzo drobne linie	Zbyt duża objętość daje grudki i widoczne zgrubienia
Podskórna powierzchowna	Linie, kontur wargi	Naczynia mogą leżeć płytko; ryzyko efektu Tyndalla
Podskórna głęboka	Bruzdy, wypełnienie tkanek miękkich	Kaniula, linia wsteczna lub wachlarz; małe porcje
Nadokostnowa	Projekcja: jarzmo, broda, żuchwa, skronie, nos	Bardzo małe porcje przy nosie i czole; kontrola oporu
Śródmięśniowa	Toksyna botulinowa	Dawka wg ChPL; położenie mięśni różni się osobniczo
Podśluzówkowa	Wargi	Zmienny przebieg tętnic wargowych; małe porcje

DECYZJE

- ☐ Dla każdej okolicy zapisano planowaną płaszczyznę w karcie planowania.
- ☐ Płaszczyznę potwierdzono palpacją i oceną grubości tkanek.
- ☐ W strefach wysokiego ryzyka wybrano płaszczyznę głęboką lub technikę o niższym ryzyku.
- ☐ Ustalono, jak rozpoznasz płaszczyznę w trakcie podania (opór, kontakt z kością, kształt wypukłości).
- ☐ Zaplanowano zmianę płaszczyzny, jeśli podanie nie przebiega zgodnie z planem.

Wybór narzędzia: igła czy kaniula

Dobór narzędzia do okolicy, płaszczyzny i techniki

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

NARZĘDZIE	ZALETY	OGRANICZENIA	TYPOWE ZASTOSOWANIA
Igła 30 do 32G	Precyzja, minimalna ingerencja	Ostry koniec: ryzyko wejścia do naczynia	Toksyna, linie powierzchowne
Igła 27 do 29G	Kontrola bolusów	Więcej wkłuć, większe ryzyko krwinków	Bolusy nadkostnowe, wargi
Kaniula 25G	Mniej wkłuć, mniejsze ryzyko krwinka	Mniejsza precyzja, wymaga punktu wejścia	Bruzdy, policzek, żuchwa
Kaniula 22G	Płaszczyzny głębokie, większe porcje	Większy opór, wymaga nakłucia igłą	Skronie, policzek, żuchwa

PRZED UŻYCIEM

- ☐ Rozmiar i długość narzędzia dobrano do okolicy i planowanej płaszczyzny.
- ☐ Narzędzie jest zgodne z techniką zalecaną dla danego preparatu.
- ☐ Sprawdzone integralność jałowego opakowania i datę ważności narzędzia.
- ☐ Kaniulę sprawdzono przed użyciem (szczelność połączenia, przepływ, brak zagięć).
- ☐ Punkt wejścia kaniuli przygotowano (znieczulenie, nakłucie igłą o większej średnicy).
- ☐ Rodzaj i rozmiar narzędzia zapisano w karcie zabiegu.

UWAGA

Kaniula o tępej końcówce zmniejsza, ale nie eliminuje ryzyka wejścia do naczynia. Nie zastępuje powolnego podania i obserwacji.

Wybór preparatu

Preparat dobiera się do okolicy, płaszczyzny i celu, nie do ceny

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

WYPEŁNIACZ Z KWASU HIALURONOWEGO

- ☐ Sprawdzono przeznaczenie wskazane przez producenta dla okolicy i głębokości.
- ☐ Oceniono właściwości reologiczne: sztywność, spójność i zdolność wiązania wody.
- ☐ Dobrano preparat do okolicy: mocniejszy w projekcji (policzek, żuchwa), miękki i mało higroskopijny w okolicy oczu.
- ☐ Sprawdzono, czy preparat zawiera lidokainę i czy pacjent ją toleruje.
- ☐ Zweryfikowano oznaczenie CE, klasę wyrobu medycznego i dystrybutora.
- ☐ Sprawdzono numer serii, datę ważności i integralność opakowania.

TOKSYNA BOTULINOWA

- ☐ Jednostki jednego preparatu nie są wymienne z jednostkami innego.
- ☐ Ustalono sposób rozpuszczania i objętość rozpuszczalnika wg ChPL.
- ☐ Sprawdzono skład (albumina, laktoza) pod kątem alergii pacjenta.
- ☐ Zaplanowano dawkę całkowitą w granicach wskazań ChPL.
- ☐ Sprawdzono warunki i czas przechowywania po rozpuszczeniu wg ChPL.

BIOSTYMULATORY I INNE PREPARATY

- ☐ Sprawdzono wskazania i przeciwwskazania producenta.
- ☐ Oceniono odstęp od innych zabiegów w tej samej okolicy.
- ☐ Poinformowano pacjenta o odroczonym i stopniowym efekcie.

Planowanie objętości i etapów

Zaplanuj, ile i kiedy, a nie tylko co podać

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

OKOLICA	CEL OBJĘTOŚCIOWY	ETAP I	ETAP II	KONTROLA

ZASADY

- ☐ Ustalono limit objętości na sesję zgodnie z zaleceniami producenta i własną praktyką.
- ☐ Objętość rozdzielono na etapy zamiast pełnej korekty podczas jednej wizyty.
- ☐ Uwzględniono skumulowaną objętość w danej okolicy z poprzednich zabiegów.
- ☐ Zaplanowano miejsce na dodatkę po kontroli (2 do 4 tygodni).
- ☐ Uwzględniono, że obrzęk po zabiegu może maskować efekt końcowy.
- ☐ Dawkę toksyny wyrażono w jednostkach danego preparatu i nie porównywano jej z jednostkami innego.
- ☐ Ustalono próg, po przekroczeniu którego zabieg zostanie przerwany i omówiony z pacjentem.
- ☐ Zapisano objętość zaplanowaną i faktycznie podaną w karcie zabiegu.

Kolejność okolic i logika planu

Od podparcia do detalu: kolejność ma znaczenie dla efektu i dla bezpieczeństwa

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

KOLEJNOŚĆ KOREKT

- ☐ Najpierw podparcie: skronie, jarzmo i policzek, projekcja brody.
- ☐ Następnie kontur żuchwy i linia żuchwy.
- ☐ Potem bruzdy: nosowo-wargowa i marionetki.
- ☐ Na końcu wargi, okolica oczu i drobne linie.
- ☐ Toksynę zaplanowano przed wypełniaczem lub w tej samej wizycie, jeśli mimika wpływa na wynik.

ZASADY BEZPIECZEŃSTWA PLANU

- ☐ Nie łączono w jednej wizycie kilku okolic wysokiego ryzyka bez wyraźnego uzasadnienia.
- ☐ Po pierwszej części zabiegu zaplanowano ocenę efektu przed kontynuacją.
- ☐ Zaplanowano zabiegi tak, aby zachować odstęp od szczepień, infekcji i zabiegów stomatologicznych.
- ☐ Zabiegi w okolicach wysokiego ryzyka (nos, gładzizna, bruzda łzowa) zaplanowano osobno.
- ☐ Plan zawiera zapasowy wariant, jeśli anatomia lub stan tkanek okażą się inne niż oceniono.

ZATWIERDZENIE PLANU

- ☐ Plan omówiono z pacjentem, a jego zmiany zapisano.
- ☐ Pacjent zna kolejność, terminy i przewidywany koszt.
- ☐ Plan zapisano w dokumentacji i podpisano.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

III

STANOWISKO I PRZYGOTOWANIE



Gabinet, aseptyka, sprzęt, identyfikowalność preparatów, toksyna, znieczulenie, zestaw awaryjny i weryfikacja przed zabiegiem.

S-01	Przygotowanie gabinetu i stanowiska	32
S-02	Higiena rąk i środki ochrony indywidualnej	33
S-03	Sprzęt jednorazowy i narzędzia	34
S-04	Preparaty: identyfikacja i identyfikowalność	35
S-05	Przygotowanie toksyny botulinowej	36
S-06	Przygotowanie skóry i znieczulenie	37
S-07	Zestaw awaryjny: kontrola kompletności	38
S-08	Weryfikacja przed zabiegiem (time-out)	39
S-09	Pozycja pacjenta, ergonomia i komunikacja w trakcie	40
S-10	Zakończenie zabiegu i sprzątanie	41

Przygotowanie gabinetu i stanowiska

Środowisko pracy sprawdzone przed wejściem pacjenta

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

POMIESZCZENIE

- ☐ Powierzchnie robocze i fotel zdezynfekowano przed pacjentem.
- ☐ Pomieszczenie przewietrzone, oświetlenie umożliwia ocenę koloru skóry (światło dzienne lub neutralne).
- ☐ Fotel lub leżanka regulowana ustawiona tak, aby był dostęp do pacjenta z obu stron.
- ☐ Lustro dla pacjenta i dodatkowe oświetlenie do oceny symetrii.
- ☐ Dostęp do umywalki z bieżącą wodą, mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk.
- ☐ Wolne przejście do pacjenta, możliwość ułożenia go płasko w razie omdlenia.

STANOWISKO PRACY

- ☐ Stolik przykryty jałowym podkładem, tylko niezbędne przedmioty.
- ☐ Pojemnik na ostre odpady w zasięgu ręki.
- ☐ Kosz na odpady medyczne oddzielony od zwykłych.
- ☐ Przygotowano dokumenty: karta pacjenta, zgody, karta zabiegowa.
- ☐ Telefon z numerami alarmowymi w zasięgu ręki.
- ☐ Zestaw awaryjny (karta S-07) w miejscu znanym całemu zespołowi.

ZESPÓŁ

- ☐ Asystent zna swoją rolę w sytuacji alarmowej.
- ☐ Ustalono, kto dzwoni po pomoc, a kto zostaje z pacjentem.
- ☐ Zapisano godzinę rozpoczęcia i zakończenia zabiegu.

Higiena rąk i środki ochrony indywidualnej

Aseptyka jest pierwszą barierą przed zakażeniem i biofilmem

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

HIGIENA RĄK

- ☐ Zdjęto biżuterię z rąk i nadgarstków; paznokcie krótkie, bez sztucznych paznokci.
- ☐ Ręce umyto lub zdezynfekowano przed założeniem rękawiczek.
- ☐ Higienę rąk wykonano w pięciu momentach: przed kontaktem z pacjentem, przed czynnością aseptyczną, po kontakcie z płynami ustrojowymi, po kontakcie z pacjentem i po kontakcie z jego otoczeniem.
- ☐ Rękawiczki jednorazowe założono na czyste, suche ręce.
- ☐ Rękawiczki zmieniono przy zanieczyszczeniu, uszkodzeniu i między pacjentami.

ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ

- ☐ Maseczka chirurgiczna założona (operator i asystent).
- ☐ Odzież ochronna czysta.
- ☐ Okulary lub przyłbica przy zabiegach, w których możliwe jest rozpryskiwanie.
- ☐ Włosy operatora związane lub osłonięte; włosy pacjenta odsunięte od pola zabiegowego.

W TRAKCIE ZABIEGU

- ☐ Rękawiczkami nie dotykano niewymaganych powierzchni (telefon, klamka, lampa).
- ☐ Po dotknięciu innej powierzchni rękawiczki zmieniono.
- ☐ Odpady ostre usuwano od razu po użyciu.
- ☐ Kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi zgłoszono i postępowano wg procedury ekspozycji zawodowej.

UWAGA

Ekspozycja zawodowa (ukłucie, rozprysk na błony śluzowe): zgłoś zdarzenie, umyj miejsce, zabezpiecz je i postępuj wg procedury gabinetu, w tym konsultacji z lekarzem medycyny pracy.

Sprzęt jednorazowy i narzędzia

Wszystko, co potrzebne, przygotowane przed pierwszym włączeniem

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

MATERIAŁY DO PODANIA

- | | |
|--|---|
| ☐ Strzykawki z zakończeniem Luer-lock we właściwej pojemności | ☐ Igły do podania w wymaganych rozmiarach |
| ☐ Kaniule w wymaganych rozmiarach i długościach | ☐ Igła do nakłucia punktu wejścia kaniuli |
| ☐ Jałowy roztwór 0,9% NaCl (przy toksynie) | ☐ Jałowe naczynie lub podkład na narzędzia |

MATERIAŁY POMOCNICZE

- | | |
|---|--|
| ☐ Jałowe gaziki i patyczki | ☐ Antyseptyk zgodny z protokołem gabinetu |
| ☐ Kredka lub marker do skóry | ☐ Linijka lub suwmiarka do pomiarów |
| ☐ Okłady chłodzące (żelowe, w osłonce) | ☐ Plastry i opatrunki |
| ☐ Ręczniki papierowe jednorazowe | ☐ Krem znieczulający lub blok (wg planu) |

KONTROLA PRZED UŻYCIEM

- ☐ Wszystkie narzędzia mają nienaruszone opakowanie i ważną datę.
- ☐ Narzędzia są jednorazowe i nie były używane u innego pacjenta.
- ☐ Liczba przygotowanych narzędzi odpowiada planowi zabiegu, z zapasem na wymianę.
- ☐ Nie użyto sprzętu przeterminowanego, uszkodzonego lub o niepewnym pochodzeniu.
- ☐ Odrębnie przygotowano sprzęt do sytuacji awaryjnej.

Preparaty: identyfikacja i identyfikowalność

Każdy preparat musi być możliwy do powiązania z pacjentem i partią

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

IDENTYFIKACJA

- ☐ Brak numeru serii, uszkodzone opakowanie lub przeterminowanie: nie używaj preparatu.
- ☐ Nazwa preparatu i producent zgodne z planem zabiegu.
- ☐ Numer serii i datę ważności sprawdzono przed otwarciem opakowania.
- ☐ Zabezpieczenie opakowania (plomba, blister) nienaruszone.
- ☐ Preparat przechowywano zgodnie z instrukcją (temperatura, światło).
- ☐ Preparat nie był zamrożony ani wystawiony na przegrzanie.

IDENTYFIKOWALNOŚĆ

- ☐ Naklejki z numerem serii przyklejono do karty zabiegu.
- ☐ Rejestr partii uzupełniono (karta Q-04).
- ☐ Preparat otwarto w obecności pacjenta lub w sposób umożliwiający jego weryfikację.
- ☐ Zapisano ilość podaną w poszczególnych okolicach.

ZASADY UŻYCIA

- ☐ Jedna strzykawka służy wyłącznie jednemu pacjentowi.
- ☐ Zawartości strzykawek nie łączono i nie przelewano do innych naczyń.
- ☐ Nie użyto preparatu z opakowania wielodawkowego bez procedury aseptycznej.
- ☐ Niewykorzystany preparat zutylizowano zgodnie z procedurą.
- ☐ Zapisano niezgodności lub problemy z preparatem i zgłoszono je dystrybutorowi.

Przygotowanie toksyny botulinowej

Rozpuszczanie i dawkowanie wg charakterystyki produktu leczniczego

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PREPARAT I SERIA

LICZBA JEDNOSTEK W FIOLCIE

OBJĘTOŚĆ ROZPUSZCZALNIKA

PRZED ROZPUSZCZENIEM

- ☐ Ustalono preparat i liczbę jednostek w fiolce.
- ☐ Ustalono objętość rozpuszczalnika i stężenie końcowe (jednostki w 0,1 ml) wg ChPL.
- ☐ Przygotowano roztwór 0,9% NaCl zgodnie z ChPL.
- ☐ Przygotowano strzykawki o odpowiedniej skali i nowe igły do rozpuszczania i podawania.

ROZPUSZCZANIE

- ☐ Rozpuszczalnik wprowadzono delikatnie po ściance fiolki, unikając pienienia.
- ☐ Roztwór mieszano delikatnie, bez wstrząsania.
- ☐ Roztwór jest klarowny i bezbarwny, bez cząstek.
- ☐ Fiolkę opisano: data, godzina, objętość rozpuszczalnika, stężenie, inicjały.
- ☐ Roztwór przechowywano zgodnie z ChPL i wykorzystano w dozwolonym czasie.

PRZED PODANIEM

- ☐ Dawkę na punkt przeliczono na objętość strzykawki i zapisano.
- ☐ **Sprawdzono, czy jednostki odpowiadają użytemu preparatowi (jednostki różnych preparatów nie są wymienne).**
- ☐ Igłę do podania wymieniono na nową, cienką.
- ☐ Zapisano numer serii, dawkę całkowitą i punkty w karcie zabiegu.

Przygotowanie skóry i znieczulenie

Skóra przygotowana aseptycznie, znieczulenie dobrane do okolicy

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

SKÓRA

- ☐ Usunięto makijaż i zanieczyszczenia ze skóry.
- ☐ Oceniono stan skóry: brak ran, zakażenia i stanów zapalnych w miejscu podania.
- ☐ Zastosowano antyseptyk zgodny z protokołem gabinetu i alergiami pacjenta.
- ☐ Zachowano czas schnięcia antyseptyku przed wkluciem.
- ☐ Punkty podania zaznaczono na skórze w spoczynku i przy mimice i sprawdzono ich widoczność po dezynfekcji.

ZNIECZULENIE

- ☐ Ustalono rodzaj znieczulenia: krem, blok, preparat z lidokainą, chłodzenie.
- ☐ Sprawdzone alergie na środki znieczulające miejscowo.
- ☐ Krem znieczulający nałożono na właściwy czas i usunięto go przed zabiegiem.
- ☐ Nie przekroczono maksymalnej dawki środka znieczulającego wg ChPL.
- ☐ Pacjent wie, że znieczulenie nie eliminuje całkowicie odczucia ucisku.

PACJENT

- ☐ Pacjent zjadł lekki posiłek i nie jest na czczo (zapobieganie omdleniom).
- ☐ Pacjent wie, że może przerwać zabieg w dowolnym momencie.
- ☐ Pacjent zgłosił aktualne samopoczucie: brak gorączki, infekcji, złego samopoczucia.
- ☐ Pacjent zdjął okulary, soczewki i biżuterię z twarzy, jeśli wymaga tego zabieg.

Zestaw awaryjny: kontrola kompletności

Sprawdzaj zestaw co miesiąc i po każdym użyciu

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

ELEMENT ZESTAWU	ILOŚĆ I STAN	WAŻNOŚĆ	OK
Hialuronidaza (fiolki, wg protokołu gabinetu)			☐
Roztwór do rozpuszczenia hialuronidazy (0,9% NaCl)			☐
Strzykawki i igły do podania hialuronidazy			☐
Adrenalina 1 mg/ml (ampułki do wstrzyknięć domięśniowych)			☐
Strzykawki 1 ml i igły do wstrzyknięć domięśniowych			☐
Leki przeciwhistaminowe i kortykosteroid (wg protokołu)			☐
Tlen z maską i zestaw do podawania (jeśli dostępne)			☐
Cięśnieniomierz, pulsoksymetr, glukometr			☐
Ciepłe okłady i jałowe gaziki			☐
Leki dodatkowe wg protokołu okluzji naczyniowej			☐
Protokoły okluzji i anafilaksji w widocznym miejscu			☐
Numery: 112, okulista dyżurny, najbliższy SOR			☐

ZASADY

- ☐ Zestaw znajduje się w miejscu znanym całemu zespołowi i dostępnym w ciągu minut.
- ☐ Braki uzupełniono od razu; zapisano datę i osobę odpowiedzialną.
- ☐ Zespół zna zawartość zestawu i kolejność postępowania.

Weryfikacja przed zabiegiem (time-out)

Ostatnia kontrola przed pierwszym wkluciem

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

TOŻSAMOŚĆ, ZGODA I PLAN

- ☐ Tożsamość pacjenta potwierdzona (imię, nazwisko, data urodzenia).
- ☐ Zabieg, okolice i strona (L/P) zgodne z planem i kartą.
- ☐ Zgoda podpisana, alergie i przeciwwskazania ponownie sprawdzone.
- ☐ Pacjent potwierdził cel zabiegu i plan.

PREPARAT I SPRZĘT

- ☐ Preparat, numer serii i data ważności zgodne z kartą.
- ☐ Hialuronidaza i zestaw awaryjny dostępne (przy wypełniaczu).
- ☐ Narzędzia przygotowane zgodnie z planem.
- ☐ Zdjęcia przed zabiegiem wykonane.

PACJENT I ZESPÓŁ

- ☐ Punkty podania zaznaczone i zaakceptowane przez pacjenta w lustrze.
- ☐ Znieczulenie zadziałało; pacjent wygodnie ułożony.
- ☐ Zespół zna plan i sygnał do przerywania zabiegu.
- ☐ Pacjent wie, jak zgłosić ból, zaburzenia widzenia lub złe samopoczucie w trakcie zabiegu.
- ☐ Zapisano godzinę rozpoczęcia zabiegu.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

Pozycja pacjenta, ergonomia i komunikacja w trakcie

Stabilna pozycja i stała obserwacja skracają czas i zmniejszają ryzyko

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

POZYCJA

- ☐ Pacjent w pozycji półleżącej (około 30 do 45 stopni) lub zgodnej z techniką.
- ☐ Głowa stabilna na podpórce, twarz w osi środkowej.
- ☐ Operator siedzi z prostymi plecami, łokcie oparte lub blisko ciała.
- ☐ Oświetlenie skierowane bez cieni na pole zabiegowe.
- ☐ Asystent ma dostęp do pacjenta z drugiej strony.

KOMUNIKACJA W TRAKCIE

- ☐ Uprzedzasz pacjenta o każdym kolejnym etapie i ukłuciu.
- ☐ Regularnie sprawdzasz samopoczucie pacjenta i odczuwany ból.
- ☐ Ustalono sygnał ręką do natychmiastowego przerwania.
- ☐ Rozmowa nie odciąga uwagi operatora od obserwacji skóry i pacjenta.
- ☐ Pacjent nie porusza głową; przy podaniach w okolicy ust nie mówi.

KONTROLA STANU PACJENTA

- ☐ Obserwujesz kolor skóry i twarz pacjenta po kilku punktach.
- ☐ Po każdej okolicy wysokiego ryzyka pytasz o ból głowy, nudności i zaburzenia widzenia.
- ☐ Przy oznakach zmęczenia lub osłabienia robisz przerwę i układasz pacjenta płasko.
- ☐ Zapisano wszelkie odstępstwa od planu w trakcie zabiegu.

Zakończenie zabiegu i sprzątanie

Zamknięcie zabiegu: ocena, dokumentacja, utylizacja

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

ZAKOŃCZENIE

- ☐ Oceniono efekt i symetrię wspólnie z pacjentem, w lustrze.
- ☐ Wykonano zdjęcia po zabiegu w standardowych ujęciach.
- ☐ Sprawdzono skórę: kolor, powrót kapilarny, krwawienia.
- ☐ Zastosowano chłodzenie i ucisk krwawiących miejsc.
- ☐ Pacjent obserwowany w gabinecie co najmniej 15 minut po zabiegu.

DOKUMENTACJA

- ☐ Wypełniono kartę zabiegu: okolice, preparaty, serie, objętość, technika, narzędzia.
- ☐ Naklejki z numerami serii przyklejono do karty.
- ☐ Zapisano zdarzenia w trakcie zabiegu i reakcje pacjenta.
- ☐ Uzupełniono rejestr partii preparatów (Q-04).
- ☐ Zapisano godzinę zakończenia zabiegu.

SPRZĄTANIE

- ☐ Odpady ostre wyrzucono do pojemnika, bez zakładania osłonek.
- ☐ Odpady medyczne usunięto zgodnie z procedurą.
- ☐ Powierzchnie i sprzęt zdezynfekowano.
- ☐ Zestaw awaryjny sprawdzono po użyciu i uzupełniono braki.
- ☐ Przygotowano stanowisko do kolejnego pacjenta.

IV

ZABIEG WEDŁUG OKOLIC TWARZY



Piętnaście okolic twarzy, każda z trzema kartami: przed zabiegiem, w trakcie zabiegu oraz po zabiegu i kontrola.

R01	Czoło	43-45
R02	Gładzizna	46-48
R03	Brwi	49-51
R04	Skronie	52-54
R05	Okolica oczu boczna (kurze łapki)	55-57
R06	Bruzda łzowa i okolica podoczodołowa	58-60
R07	Policzki i okolica jarzmowa	61-63
R08	Nos	64-66
R09	Bruzda nosowo-wargowa	67-69
R10	Usta	70-72
R11	Kąciki ust i bruzdy marionetki	73-75
R12	Broda	76-78
R13	Linia żuchwy	79-81
R14	Mięsień żwacz	82-84
R15	Szyja i platysma	85-87

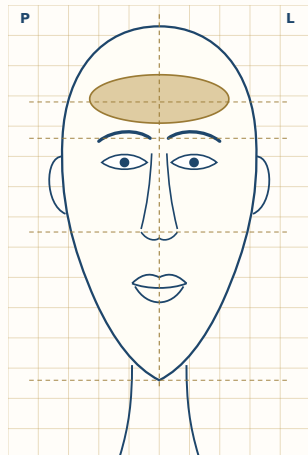
Czoło: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i toksyna botulinowa · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Wypełniacz na czole niesie wysokie ryzyko naczyniowe (tętnice nadbłoczkowa i nadoczodołowa łączą się z układem tętnicy ocznej): tylko płaszczyna głęboka, małe porcje, powolne podanie. Toksynę podawaj z zachowaniem odstępu od brwi.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty toksyny rozmieszczaj symetrycznie, w rzędach równoległych do linii brwi.
- ☐ Przed pierwszym wkłuciem zaznacz na skórze linię minimalnego odstępu od brwi.
- ☐ Wypełniacz: punkty wejścia dobieraj poza wyjściami naczyń nadoczodołowych i nadbłoczkowych.
- ☐ Zapisz kolejność podawania i stronę (L/P) dla każdego punktu.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnice nadbłoczkowa i nadoczodołowa:** zlokalizuj wyjście naczyń przy górnym brzegu oczodołu (wcięcie nadoczodołowe zwykle w linii środka źrenicy) i zaznacz przebieg.
- ☐ **Tętnica skroniowa powierzchowna, gałąź czołowa:** oceń przebieg w bocznej części czoła, wyczuć tętno, unikaj płaszczyny powierzchownej w tej strefie.
- ☐ **Mięsień czołowy:** oceń zasięg i siłę skurczu przy unoszeniu brwi, granice mięśnia i asymetrię.
- ☐ **Płaszczyna nadokostnowa:** oceń grubość tkanek miękkich i możliwość ocenienia kości palpacyjnie przed podaniem.
- ☐ **Położenie brwi i linia włosów:** zmierz odległość brwi od rzęs i od linii włosów; oceń ryzyko opadnięcia brwi po toksynie.
- ☐ **Skóra, blizny i wcześniejsze zabiegi:** sprawdź blizny, wcześniejsze operacje, wypełniacze trwałe i zaburzenia ukrwienia skóry.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Potwierdź cel zabiegu: redukcja linii mimicznych albo korekta konturu (inna technika i inne ryzyko).
- ☐ Oceń wysokość czoła, linię włosów i położenie brwi w spoczynku, przed uniesieniem brwi.
- ☐ Sprawdź wcześniejsze zabiegi na czole i skroniach oraz opadanie brwi po poprzedniej toksynie.
- ☐ Zaznacz punkty podania i linię bezpieczeństwa nad brwiami (zależnie od techniki).
- ☐ Przy wypełniaczu potwierdź dostępność hialuronidazy i zaplanuj płaszczynę głęboką.

Czoło: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i toksyna botulinowa · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYZNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Toksyna: podawaj w mięsień czołowy, zwykle w jednym lub dwóch rzędach, zachowując odstęp nad brwią (orientacyjnie 1,5 do 2 cm).
- ☐ Toksyna: dostosuj dawkę do siły mięśnia i nie osłabiaj nadmiernie unoszenia brwi u osób z opadającymi brwiami.
- ☐ Wypełniacz: igła lub kaniula, płaszczyzna głęboka nadokostnowa, małe porcje podawane powoli.
- ☐ Aspiracja nie wyklucza wstrzyknięcia do naczynia: nie traktuj jej jako jedyne zabezpieczenia.
- ☐ Obserwuj skórę w polu podania (kolor, powrót kapilarny) po każdym punkcie.
- ☐ Zachowaj symetrię punktów względem linii środkowej i zapisz układ punktów w karcie.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Nagły ból, błądność lub marmurkowe zabarwienie skóry czoła albo nosa: przerwij podawanie wypełniacza.
- ☐ Każde zaburzenie widzenia, ból oka lub podwójne widzenie zgłoszone przez pacjenta: przerwij i uruchom procedurę alarmową.
- ☐ Wyraźny opór tłoka: nie zwiększaj siły nacisku, wycofaj igłę i oceń sytuację.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Punkty toksyny zbyt nisko (blisko brwi) prowadzą do opadnięcia brwi.
- Niedostateczne leczenie bocznej części czoła daje efekt uniesionych bocznych brwi (tzw. efekt Spocka).
- Płaszczyzna zbyt powierzchowna przy wypełniaczu daje nierówności i efekt Tyndalla.
- Duża objętość podana jednym ruchem zwiększa ryzyko okluzji naczyniowej.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Czoło: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i toksyna botulinowa · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Oceń symetrię, kolor skóry i powrót kapilarny po zakończeniu zabiegu i zapisz wynik.
- ☐ Poinstruuuj: nie uciskać i nie masować czoła przez okres wskazany przez operatora.
- ☐ Toksyna: unikać intensywnego wysiłku, pozycji głową w dół i sauny przez pierwszą dobę.
- ☐ Uprzedź o możliwych siniakach i obrzęku, który może opadać w kierunku powiek.
- ☐ Ustal kontrolę po 14 dniach (toksyna) lub po 2 tygodniach (wypełniacz).

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból nieproporcjonalny do zabiegu, bladość, sinienie lub pęcherze na skórze czoła i nosa.**
- ☐ **Zmiany widzenia, podwójne widzenie, ból lub zaczerwienienie oka.**
- ☐ Opadnięcie brwi lub powieki górnej po toksynie.
- ☐ Narastający obrzęk, twardy guzek lub zaczerwienienie po kilku dniach.
- ☐ Ból głowy, nudności, osłabienie lub objawy neurologiczne po wypełniaczu.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Efekt toksyny narasta zwykle w ciągu kilku dni i osiąga maksimum po około 14 dniach.
- ☐ Opadnięcie brwi lub asymetria wymaga kontaktu z gabinetem, nie korekty we własnym zakresie.
- ☐ Objawy oczne lub silny ból po wypełniaczu wymagają natychmiastowego zgłoszenia i pilnej oceny.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: symetria, siła mięśnia, ocena potrzeby korekty toksyną.
- ☐ Kontrola wypełniacza: konsystencja, obrys, guzki lub nierówności.
- ☐ Zdjęcia porównawcze w tych samych warunkach i przy tej samej ekspresji.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

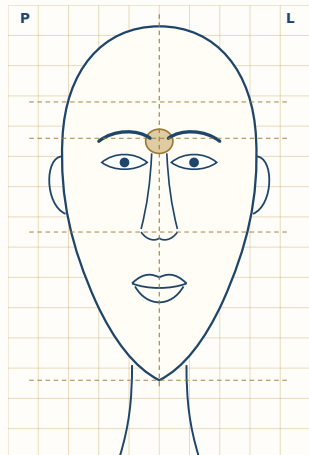
Gładzizna: przed zabiegiem

Toksyna botulinowa (wypełniacz: strefa najwyższego ryzyka) · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Gładzizna łączy się naczyniowo z układem tętnicy ocznej. Toksynę podawaj z zachowaniem odstępu od brzegu oczodołu, a wypełniacz tylko przy pełnych kwalifikacjach i po odrębnym omówieniu ryzyka utraty wzroku.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Zwykle pięć punktów: jeden w mięśniu piramidowym i po dwa w mięśniach marszczących brwi.
- ☐ Boczny punkt nie powinien wychodzić poza linię środka źrenicy w spojrzeniu na wprost.
- ☐ Wszystkie punkty utrzymuj powyżej brzegu oczodołu, w bezpiecznej odległości.
- ☐ Zapisz kolejność, głębokość i dawkę w każdym punkcie.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica nadbłoczkowa i tętnica grzbietowa nosa:** oceń przebieg naczyń nad nasadą nosa i przy przyśrodkowym końcu brwi; brak widocznych naczyń nie oznacza ich braku.
- ☐ **Połączenia z tętnicą oczną:** pamiętaj o zespoleniach: wsteczny przepływ preparatu może dotrzeć do naczyń siatkówki.
- ☐ **Mięsień marszczący brwi:** oceń siłę skurczu przy marszczeniu brwi, część przyśrodkową i boczną oraz przyczep do skóry.
- ☐ **Mięsień piramidowy nosa i obniżacz brwi:** oceń poziome zmarszczki nasady nosa i opadanie przyśrodkowego końca brwi.
- ☐ **Brzeg oczodołu i wcięcie nadoczodołowe:** wyznacz palpacyjnie brzeg oczodołu i zaznacz linię odstępu bezpieczeństwa.
- ☐ **Mięsień dźwigacz powieki górnej:** pamiętaj o ryzyku dyfuzji toksyny i ptozy powieki; oceń wyjściowe położenie powieki.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń wzór marszczenia: pionowe bruzdy, poziome linie nasady nosa, asymetria brwi.
- ☐ Zapytaj o wcześniejszą ptozę powieki, choroby nerwowo-mięśniowe i leki wpływające na przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.
- ☐ Oceń wyjściowe położenie brwi i powiek w spoczynku oraz przy unoszeniu brwi.
- ☐ Zaznacz punkty oraz linię, poniżej której nie podajesz toksyny (powyżej brzegu oczodołu).
- ☐ Wypełniacz w gładzi: tylko po odrębnym omówieniu ryzyka utraty wzroku i martwicy skóry.

Gładzizna: w trakcie zabiegu

Toksyna botulinowa (wypełniacz: strefa najwyższego ryzyka) · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Toksyna: podawaj w mięsień marszczący brwi i piramidowy, w punktach zaznaczonych przed zabiegiem.
- ☐ Toksyna: utrzymuj odstęp od brzegu oczodołu i nie kieruj igły w stronę oczodołu.
- ☐ Stabilizuj brzeg oczodołu palcem ręki niedominującej, aby ograniczyć rozprzestrzenianie preparatu.
- ☐ Toksyna: dostosuj dawkę do siły mięśnia, uwzględniając silną mimikę i płeć pacjenta.
- ☐ Wypełniacz w tej okolicy: nie podawaj bez pełnych kwalifikacji i dostępu do hialuronidazy; rozważ alternatywę o niższym ryzyku.
- ☐ Zapisz liczbę punktów, dawkę w każdym punkcie i stronę (L/P).

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Zaburzenia widzenia, ból oka lub bladość skóry nasady nosa: przerwij natychmiast i uruchom procedurę alarmową.
- ☐ Nietypowe krwawienie lub szybko narastający krwiak w punkcie: uciśnij miejsce i wstrzymaj kolejne wklucia.
- ☐ Nagłe zawroty głowy lub osłabienie pacjenta: przerwij i ułóż pacjenta.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Punkty toksyny zbyt nisko lub zbyt bocznie zwiększają ryzyko ptozy powieki.
- Zbyt duża dawka w linii środkowej przy słabej ocenie mięśnia daje efekt maski i asymetrię brwi.
- Pominięcie mięśnia obniżającego brew pozostawia opadanie przyśrodkowego końca brwi.
- Brak stabilizacji brzegu oczodołu i zbyt duża objętość na punkt sprzyja dyfuzji preparatu.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Gładzizna: po zabiegu i kontrola

Toksyna botulinowa (wypełniacz: strefa najwyższego ryzyka) · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Poinstruuuj: nie masować i nie uciskać okolicy nasady nosa i brwi przez wskazany czas.
- ☐ Poinstruuuj: unikać intensywnego wysiłku, pozycji głową w dół i sauny przez pierwszą dobę.
- ☐ Poinformuj, że efekt narasta po kilku dniach i osiąga maksimum po około 14 dniach.
- ☐ Wyjaśnij, jak rozpoznać opadanie powieki lub podwójne widzenie i gdzie zgłosić się bez zwłoki.
- ☐ Zapisz w dokumentacji: preparat, serię, dawkę całkowitą i punkty podania.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ Opadanie powieki górnej lub uczucie ciężkości powieki w ciągu kilku dni po toksynie.
- ☐ **Podwójne widzenie, ból oka, zaburzenia widzenia lub światłowstręt.**
- ☐ Zblednięcie, sinienie lub ból skóry nasady nosa i czoła.
- ☐ Silny ból głowy, nudności lub objawy neurologiczne.
- ☐ Narastający obrzęk powiek lub zaczerwienienie po zabiegu.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Efekt toksyny pojawia się stopniowo, pełny efekt oceniamy po około 14 dniach.
- ☐ Opadnięcie powieki lub podwójne widzenie wymagają kontaktu z gabinetem tego samego dnia.
- ☐ W pierwszej dobie unikaj sauny, intensywnego wysiłku i masażu twarzy.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: siła marszczenia, symetria, ocena potrzeby korekty.
- ☐ Ocena położenia powieki i brwi w spoczynku oraz przy mimice.
- ☐ Zdjęcia porównawcze w tych samych warunkach i przy tej samej ekspresji.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

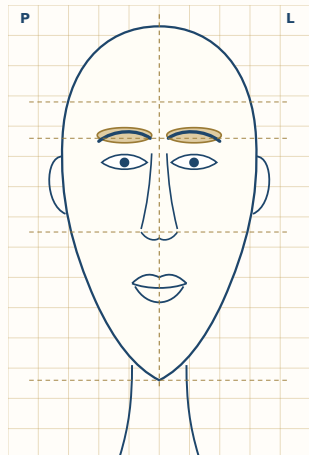
Brwi: przed zabiegiem

Toksyna botulinowa i wypełniacz (ostrożnie) · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

W okolicy brwi liczy się równowaga sił unoszących i obniżających: zmiana jednej z nich przesuną położenie brwi, dlatego dawkę planuj po ocenie każdego mięśnia z osobna.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty do uniesienia ogona brwi: zwykle jeden lub dwa na stronę, dobrane po ocenie.
- ☐ Wszystkie punkty planuj symetrycznie względem linii środkowej i porównuj z drugą stroną.
- ☐ Utrzymuj odstęp od brzegu oczodołu i nie kieruj igły w stronę powieki.
- ☐ Zapisz strategię: unoszenie ogona, korekta asymetrii lub zmiana kształtu.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica nadoczodołowa i nadbłoczkowa:** wyznacz wyjście naczyń przy górnym brzegu oczodołu i zaznacz przebieg.
- ☐ **Mięsień czołowy (unoszenie brwi):** oceń siłę unoszenia w części bocznej i środkowej oraz asymetrię.
- ☐ **Mięsień okrężny oka, część oczodołowa:** oceń wpływ na obniżanie bocznego końca brwi.
- ☐ **Mięsień marszczący brwi i obniżacz brwi:** oceń wpływ na obniżanie przyśrodkowego końca brwi.
- ☐ **Poduszka tłuszczowa pod brwią (ROOF):** oceń objętość tłuszczu pod brwią i stopień opadania skóry powieki.
- ☐ **Wyjściowe położenie brwi i asymetria:** zmierz odległość brwi od rzęs i od linii włosów, porównaj obie strony.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń wzorzec opadania brwi: przyśrodkowy, środkowy lub boczny.
- ☐ Sprawdź nadmiar skóry powieki górnej: unoszenie brwi może być ograniczone przez nadmiar skóry.
- ☐ Zapytaj o wcześniejsze zabiegi powiek i czoła (blefaroplastyka, nici, wypełniacze).
- ☐ Uzgodnij oczekiwany efekt: subtelne uniesienie ogona brwi, a nie zmiana kształtu twarzy.
- ☐ Zaznacz punkty i sprawdź symetrię przed pierwszym wkłuciem.

Brwi: w trakcie zabiegu

Toksyna botulinowa i wypełniacz (ostrożnie) · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Toksyna (uniesienie ogona brwi): niewielka dawka w brzezną część mięśnia okrężnego oka pod ogonem brwi, ostrożnie.
- ☐ Toksyna: nie podawaj w dolną część mięśnia czołowego, jeśli pacjent wymaga uniesienia brwi.
- ☐ Wypełniacz: drobne porcje pod ogonem brwi w płaszczyźnie głębokiej, po ocenie naczyń.
- ☐ Kontroluj symetrię po kilku punktach, porównując obie strony.
- ☐ Stosuj powolne, kontrolowane podanie i obserwuj skórę.
- ☐ Zapisz dawkę i punkty osobno dla strony L i P.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Ból, bladość lub marmurkowe zabarwienie skóry brwi i czoła: przerwij podawanie wypełniacza.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.**
- ☐ **Wyrażna asymetria po pierwszej stronie: wstrzymaj się z drugą stroną i oceń plan.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Podanie toksyny w dolną część mięśnia czołowego obniża brwi zamiast je unieść.
- Zbyt duża dawka w mięsień okrężny oka daje efekt ciężkiej powieki.
- Pominięcie oceny asymetrii wyjściowej i porównywanie z ideałem zamiast z twarzą pacjenta.
- Wypełniacz w brwiach bez oceny naczyń i bez dostępu do hialuronidazy.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Brwi: po zabiegu i kontrola

Toksyna botulinowa i wypełniacz (ostrożnie) · Atlas: cz. 4, s. 27-34

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Oceń symetrię brwi w spoczynku i przy mimice, zapisz w karcie.
- ☐ Poinstruuuj: nie uciskać ani nie masować brwi, nie nakładać kosmetyków na miejsca wkluć do końca dnia.
- ☐ Poinformuj o możliwej asymetrii we wczesnym okresie i o kontroli po 14 dniach.
- ☐ Wyjaśnij objawy ptozy powieki lub brwi i drogę zgłoszenia.
- ☐ Dokumentacja: preparat, seria, dawka, punkty, strona L/P.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ Opadnięcie brwi lub powieki, uczucie ciężkości.
- ☐ **Ból lub bladość skóry brwi po wypełniaczu.**
- ☐ **Zmiany widzenia lub podwójne widzenie.**
- ☐ Narastający obrzęk lub siniak przekraczający oczekiwany zakres.
- ☐ Guzek lub nierówność wyczuwalna w brwi po wypełniaczu.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Uniesienie ogona brwi po toksynie jest subtelne, pełny efekt widać po około dwóch tygodniach.
- ☐ Ciężkość powieki lub asymetria wymagają kontaktu z gabinetem.
- ☐ Nie próbuj korygować położenia brwi masażem ani kosmetykami.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: położenie brwi, symetria, korekta małą dawką w razie potrzeby.
- ☐ Ocena wpływu na powiekę górną i pole widzenia.
- ☐ Zdjęcia porównawcze w tym samym ustawieniu.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

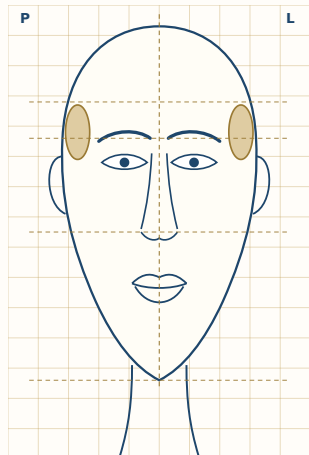
Skronie: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

W skroniach największe ryzyko dotyczy naczyń powierzchownych i żył skroni: wypełniaj głęboko (nadokostnowo lub pod powiezią skroniową głęboką), powoli i małymi porcjami.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Zaplanuj punkt wejścia kaniuli poza przebiegiem widocznych naczyń.
- ☐ Wachlarz podawania w obrębie dołu skroniowego planuj symetrycznie.
- ☐ Dołącz szkic z zaznaczoną tętnicą skroniową i żyłami przed zabiegiem.
- ☐ Zapisz korektę etapami: objętość w kolejnych sesjach.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica skroniowa powierzchowna (gałęzie czołowa i ciemieniowa):** wyczuź tętno i zaznacz przebieg na skórze; naczynie leży w płaszczyźnie powierzchownej.
- ☐ **Żyły skroniowe, w tym żyła skroniowa środkowa:** oceń widoczność i przebieg; unikaj wkłucia w ich sąsiedztwie.
- ☐ **Tętnice skroniowe głębokie i mięsień skroniowy:** pamiętaj o przebiegu w głębi dołu skroniowego; oceń zanik mięśnia.
- ☐ **Gałąź czołowa nerwu twarzowego:** przebiega w płaszczyźnie powierzchownej; unikaj pracy w warstwie powierzchownej.
- ☐ **Łuk jarzmowy i grzebień skroniowy:** wyznacz palpacyjnie granice dołu skroniowego.
- ☐ **Zagłębienie skroni i objętość tkanek:** oceń głębokość zapadnięcia, asymetrię i związek z zanikiem tkanek twarzy.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń stopień zapadnięcia skroni w zestawieniu z całą twarzą (skronie, policzki, brwi).
- ☐ Zaznacz na skórze tętnicę skroniową powierzchowną i widoczne żyły.
- ☐ Zapytaj o bóle głowy, zaburzenia żucia i dolegliwości stawu skroniowo-żuchwowego.
- ☐ Wybierz preparat odpowiedni do głębokiej objętości i uprzedź pacjenta o obrzęku.
- ☐ Zaplanuj pojedynczy punkt wejścia dla kaniuli i sprawdź dostępność hialuronidazy.

Skronie: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PREPARAT I SERIA

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P

NARZĘDZIE

PŁASZCZYZNA

GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj w płaszczyźnie głębokiej, nie w warstwie powierzchniowej.
- ☐ Wprowadzaj kaniulę powoli i bez oporu, unikając wielokrotnej zmiany kierunku.
- ☐ Podawaj małe porcje przy wycofywaniu, obserwuj skórę skroni i czoła.
- ☐ Oceniaj symetrię po każdej porcji i uzupełniaj etapowo.
- ☐ Unikaj podania dużej objętości jednym ruchem, szczególnie przy wyraźnych żyłach.
- ☐ Zapisz objętość na stronę i użytą płaszczyznę.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Ból, błądność lub marmurkowe zabarwienie skóry skroni albo czoła: przerwij i oceń.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.**
- ☐ **Pulsujący wyciek krwi lub szybko narastający krwiak: uciśnij miejsce i wstrzymaj zabieg.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Płaszczyzna zbyt powierzchowna zwiększa ryzyko powikłań naczyniowych i widocznych nierówności.
- Zbyt duża objętość jednorazowo prowadzi do przewlekłego obrzęku i ucisku.
- Lekceważenie żył skroniowych i tętnicy powierzchniowej.
- Brak korekty etapowej: skronie rzadko wymagają pełnej korekty w jednej sesji.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Skronie: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Upředź o możliwym obrzku skroni, który może utrzymywać się kilka dni.
- ☐ Zalecaj unikanie intensywnego wysiłku, sauny i ucisku okolicy skroni przez pierwsze dni.
- ☐ Upředź o możliwym bólu przy żuciu lub otwieraniu ust i o sposobie zgłoszenia.
- ☐ Ustal kontrolę po 2 tygodniach, gdy obrzek się ustabilizuje.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i użytą płaszczyznę.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ Bładość, sinienie lub ból skóry skroni, czoła lub skóry głowy.
- ☐ Zaburzenia widzenia lub ból oka.
- ☐ Silny ból głowy, nudności lub objawy neurologiczne.
- ☐ Narastające zaczerwienienie, ocieplenie i bolesny guz (możliwe zakażenie).
- ☐ Wyrażna asymetria lub obrzek utrzymujący się ponad kilka tygodni.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Obrzek skroni jest częsty i zwykle ustępuje w ciągu kilku dni do dwóch tygodni.
- ☐ Ból głowy, zaburzenia widzenia lub bladość skóry zgłoś natychmiast.
- ☐ Nie uciskaj i nie masuj skroni bez zalecenia.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: symetria, kontur, ocena obrzku.
- ☐ Kontrola po 4 do 6 tygodniach: ocena efektu docelowego i ewentualna korekta.
- ☐ Zdjęcia w trzech projekcjach (przód, 45 stopni, profil).

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

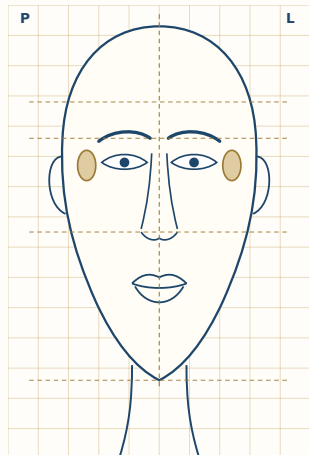
Okolica oczu boczna (kurze łapki): przed zabiegiem

Toksyna botulinowa · Atlas: cz. 5, s. 35-44

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Toksynę w okolicy bocznego kącika oka podawaj powierzchownie, w bezpiecznej odległości od brzegu oczodołu i od mięśnia jarzmowego większego, aby nie zaburzyć uśmiechu i nie wywołać obrzęku powieki dolnej.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty rozmieszczaj w łuku bocznie od kącika, w odstępach około 1 do 1,5 cm.
- ☐ Najniższy punkt planuj powyżej linii, przez którą przebiega mięsień jarzmowy większy.
- ☐ Zaznacz punkty w spoczynku i przy mimice, aby uchwycić zasięg skurczu.
- ☐ Zapisz liczbę punktów i dawkę na stronę.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Mięsień okrężny oka (część oczodołowa):** oceń zasięg skurczu przy uśmiechu i mrużeniu oczu; zaznacz obszar linii mimicznych.
- ☐ **Mięsień jarzmowy większy:** wyznacz przebieg; nie podawaj poniżej i przyśrodkowo do ustalonej linii kości jarzmowej.
- ☐ **Brzeg oczodołu:** wyznacz palpacyjnie; punkty toksyny co najmniej około 1 cm bocznie od brzegu.
- ☐ **Żyły powierzchowne okolicy skroni:** zaznacz widoczne żyły (ryzyko krwiaka) i zmień punkt, jeśli żyła leży w zaplanowanym miejscu.
- ☐ **Powieka dolna i jej napięcie:** oceń wiotkość powieki dolnej (test powrotu po odciągnięciu) i unikaj podania blisko powieki dolnej.
- ☐ **Zmarszczki dynamiczne i statyczne:** odróżnij zmarszczki dynamiczne (odpowiedź na toksynę) od statycznych (wymagają innych metod).

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń wzór linii mimicznych: wachlarzowy, pełny, dolny, i dobierz punkty do wzoru.
- ☐ Zapytaj o suchość oczu, noszenie soczewek kontaktowych i stan powiek.
- ☐ Sprawdź wcześniejsze zabiegi powiek oraz obrzęki okołoczodołowe.
- ☐ Zaznacz punkty na skórze symetrycznie, z zachowaniem odstępu od brzegu oczodołu.
- ☐ Uprzedź, że część mimiki zostanie zachowana, a efekt jest czasowy.

Okolica oczu boczna (kurze łapki): w trakcie zabiegu

Toksyna botulinowa · Atlas: cz. 5, s. 35-44

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PREPARAT I SERIA

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P

NARZĘDZIE

PŁASZCZYŻNA

GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj powierzchownie, śródskórnienie lub tuż pod skórą, z igłą ułożoną stycznie do skóry.
- ☐ Utrzymuj odstęp od brzegu oczodołu i nie kieruj igły ku powiece dolnej.
- ☐ Nie podawaj poniżej linii ustalonej przed zabiegiem, aby nie objąć mięśnia jarzmowego większego.
- ☐ Przy widocznych żyłach zmień punkt wkłucia.
- ☐ Po każdej stronie kontroluj liczbę punktów i dawkę, porównując z drugą stroną.
- ☐ Uciśnij krótko miejsca krwawiące i zapisz powstałe krwiaki.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Nagłe zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.
- ☐ Silne krwawienie lub szybko narastający krwiak: uciśnij miejsce i wstrzymaj kolejne wkłucia w tym rejonie.
- ☐ Zawroty głowy lub omdlewanie pacjenta: przerwij i ułóż pacjenta.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Podanie zbyt blisko brzegu oczodołu zwiększa ryzyko obrzęku i dyfuzji toksyny.
- Punkty zbyt nisko lub przyśrodkowo osłabiają mięsień jarzmowy większy i zaburzają uśmiech.
- Podanie zbyt głębokie zamiast płytkiego zwiększa ryzyko krwiaków i asymetrii.
- Pominięcie oceny suchości oka i wiotkości powieki dolnej.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Okolica oczu boczna (kurze łapki): po zabiegu i kontrola

Toksyna botulinowa · Atlas: cz. 5, s. 35-44

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Poinstruuuj: nie pocierać okolicy oczu i nie masować jej przez pierwszą dobę.
- ☐ Zalecaj unikanie intensywnego wysiłku, sauny i makijażu na miejscach wkłuć przez kilka godzin.
- ☐ Uprzedź o możliwych siniakach i sposobie ich maskowania.
- ☐ Wyjaśnij, że efekt narasta po kilku dniach i osiąga maksimum po około dwóch tygodniach.
- ☐ Wyjaśnij objawy asymetrii uśmiechu lub suchości oka i sposób zgłoszenia.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ Asymetria uśmiechu lub opadanie kącika ust.
- ☐ Suchość oka, łzawienie, opadająca powieka dolna lub trudność w zamykaniu oczu.
- ☐ **Podwójne widzenie lub zaburzenia widzenia.**
- ☐ Narastający obrzęk powieki lub zaczerwienienie.
- ☐ Ból oka lub światłowstręt.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Zmarszczki dynamiczne wygładzają się stopniowo, efekt utrzymuje się kilka miesięcy.
- ☐ Siniaki są częste i ustępują zwykle w ciągu kilku dni do dwóch tygodni.
- ☐ Suchość oka, opadanie powieki lub asymetria uśmiechu wymagają kontaktu z gabinetem.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: ocena efektu, symetria uśmiechu, ewentualna korekta punktowa.
- ☐ Ocena powieki dolnej i pola widzenia.
- ☐ Zdjęcia porównawcze z uśmiechem i w spoczynku.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

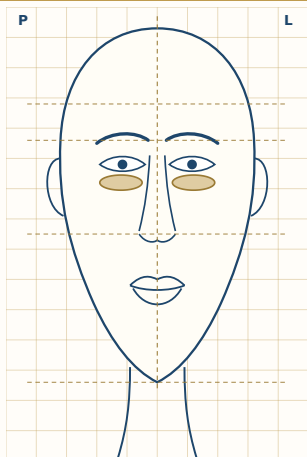
Bruzda łzowa i okolica podoczodołowa: przed zabiegiem

Wypełniacz HA (region wysokiego ryzyka) · Atlas: cz. 5, s. 35-44

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

W bruzdzie łzowej podawaj małe objętości w płaszczyźnie głębokiej (nadokostnowej lub pod mięśniem okrężnym oka), unikaj płaszczyzny powierzchniowej i przed zabiegiem ustal przyczynę obrzęku lub worków.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Planuj punkty nadokostnowo, wzdłuż bruzdy, poniżej brzegu oczodołu i poza otworem podoczodołowym.
- ☐ Ustal jeden punkt wejścia kaniuli po stronie bocznej.
- ☐ Przy podaniu igłą planuj bardzo małe porcje i oceniaj efekt po każdej.
- ☐ Zapisz wynik: objętość, punkty, płaszczyzna, strona.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Otwór i tętnica podoczodołowa:** wyznacz otwór około 1 cm poniżej brzegu oczodołu, w linii środka źrenicy.
- ☐ **Tętnica kątowa i jej gałęzie:** oceń przebieg przy przyśrodkowym kącie oka; pamiętaj o zespoleniach z układem tętnicy ocznej.
- ☐ **Mięsień okrężny oka i więzadło bruzdy łzowej:** oceń miejsce przyczepu więzadła i głębokość bruzdy.
- ☐ **Poduszki tłuszczowe podoczodołowe:** oceń przepuklinę tłuszczu, cienie i wypukłości; ustal, czy wskazana jest korekta wypełniaczem.
- ☐ **Skóra powieki dolnej:** oceń grubość, przebarwienia i ryzyko efektu Tyndalla przy cienkiej skórze.
- ☐ **Obrzęk i worki jarzmowe:** oceń obrzęki i worki jarzmowe; wypełniacz może je nasilić.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Zapytaj o obrzęki powiek, choroby tarczycy i nerek oraz alergię sezonową, które wpływają na wynik.
- ☐ Oceń pacjenta w świetle dziennym, w ustawieniu z przodu i przy bocznym oświetleniu.
- ☐ Poinformuj o ryzyku obrzęku, siniaków, efektu Tyndalla i konieczności korekty etapowej.
- ☐ Sprawdź dostępność hialuronidazy przed rozpoczęciem podania.
- ☐ Wybierz preparat o właściwościach przeznaczonych przez producenta do tej okolicy.

Bruzda łzowa i okolica podoczodołowa: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA (region wysokiego ryzyka) · Atlas: cz. 5, s. 35-44

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PREPARAT I SERIA

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P

NARZĘDZIE

PŁASZCZYZNA

GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj w płaszczyźnie głębokiej: nadokostnowej lub pod mięśniem okrężnym oka.
- ☐ Stosuj małe porcje; po każdej oceń obrys i kolor skóry.
- ☐ Kaniula lub igła: dobór według twojej techniki; kaniula z bocznego punktu wejścia.
- ☐ Unikaj podawania w pobliżu otworu podoczodołowego i przyśrodkowego kącika oka.
- ☐ Modeluj delikatnie, bez silnego ucisku; nie przekraczaj obrysu bruzdy.
- ☐ Zapisz objętość na stronę, punkty i płaszczyznę.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Nagły ból, błądowość lub zaburzenia widzenia: przerwij podawanie i uruchom procedurę alarmową.
- ☐ Sinawy odcień skóry powieki (efekt Tyndalla) w trakcie podania: zatrzymaj się i oceń płaszczyznę.
- ☐ Narastający obrzęk powieki: wstrzymaj kolejne porcje.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Płaszczyzna zbyt powierzchowna: efekt Tyndalla i widoczne nierówności.
- Zbyt duża objętość: obrzęk i widoczne worki.
- Korekta bruzdy bez oceny worków jarzmowych i obrzęku.
- Zbyt szybkie podanie i brak dostępu do hialuronidazy.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Bruzda łzowa i okolica podoczodołowa: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA (region wysokiego ryzyka) · Atlas: cz. 5, s. 35-44

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Uprzedź o obrzęku, który może utrzymywać się kilka dni; ogranicz sól i alkohol w pierwszej dobie.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku, masażu i wysiłku fizycznego przez kilka dni.
- ☐ Uprzedź o możliwych siniakach i sposobach ich maskowania.
- ☐ Poinformuj o możliwym efekcie Tyndalla i konieczności kontroli.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i użytą technikę.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, błądność lub sinienie skóry powieki i policzka.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia, ból oka lub podwójne widzenie.**
- ☐ Twardy widoczny guzek lub sinawy prześwit pod skórą.
- ☐ Narastający obrzęk trwający ponad kilka tygodni.
- ☐ Zaczerwienienie i ból w miejscu podania.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Obrzęk i siniaki są częste; pełny efekt oceniamy po około dwóch tygodniach.
- ☐ Efekt Tyndalla można leczyć hialuronidazą; zgłoś sinawy prześwit.
- ☐ Ból oka, zaburzenia widzenia lub błądność skóry wymagają natychmiastowego kontaktu.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: obrzęk, kolor, obrys.
- ☐ Ocena potrzeby dokładki po 4 do 6 tygodniach.
- ☐ Zdjęcia w świetle dziennym z boku.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

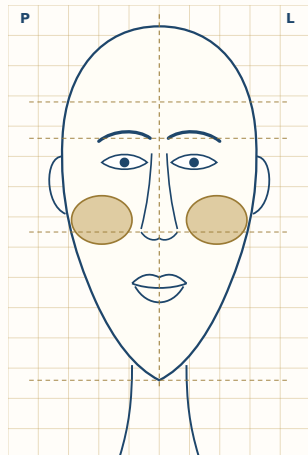
Policzki i okolica jarzmowa: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 6, s. 45-54

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

W środkowej części twarzy dodawaj objętość głęboko, nadokostnowo, w małych porcjach, po wyznaczeniu otworu podoczodołowego oraz po ocenie przebiegu tętnicy poprzecznej twarzy i tętnicy twarzowej.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty planuj nadokostnowo na najwyższym punkcie kości jarzmowej i w przyśrodkowej części policzka.
- ☐ Ustal jeden punkt wejścia kaniuli poza strefą ryzyka.
- ☐ Objętość rozdziel na małe porcje i zapisz każdą.
- ☐ Dołącz szkic z zaznaczonym otworem podoczodołowym.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Otwór i tętnica podoczodołowa:** wyznacz palpacyjnie; unikaj podania w bezpośrednim sąsiedztwie.
- ☐ **Tętnica poprzeczna twarzy i tętnica twarzowa:** oceń przebieg w bocznej i dolnej części policzka; naczynia mogą leżeć powierzchownie.
- ☐ **Kość jarzmowa i łuk jarzmowy:** oceń projekcję i najwyższy punkt jabłka policzka.
- ☐ **Przedziały tłuszczowe policzka:** oceń, który przedział (powierzchnowy czy głęboki) jest zredukowany, zapadnięty lub opadły.
- ☐ **Mięśnie jarzmowe i więzadła podtrzymujące:** oceń punkty utrzymujące tkanki i ich rolę w obniżaniu policzka.
- ☐ **Gałęzie nerwu twarzowego i przewód przyuszny:** pamiętaj o przebiegu w bocznej części policzka; unikaj głębokich wkłuć w okolicy przyusznej.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń kształt policzka z przodu, z boku i z góry (projekcja i szerokość).
- ☐ Rozpoznaj deficyt: kość, głęboki tłuszcz, opadanie tkanek, jakość skóry.
- ☐ Ustal cel: uniesienie, projekcja, wypełnienie zapadnięcia, zmniejszenie bruzdy.
- ☐ Zaznacz otwór podoczodołowy, tętnicę twarzową, punkty wejścia i strefy ryzyka.
- ☐ Wybierz preparat o dużej sile podnoszącej lub biostymulator; sprawdź serię i datę ważności.

Policzki i okolica jarzmowa: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 6, s. 45-54

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PREPARAT I SERIA

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P

NARZĘDZIE

PŁASZCZYZNA

GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj nadokostnowo w małych porcjach, oceniając efekt po każdej.
- ☐ Kaniula 22 do 25G z jednego punktu wejścia lub igła w bolusach nadokostnowych.
- ☐ Podawaj powoli i bez oporu; nie kieruj końcówki w stronę otworu podoczodołowego.
- ☐ W płaszczyźnie powierzchniowej stosuj tylko drobne ilości i technikę liniową.
- ☐ Porównuj symetrię na bieżąco, w pozycji siedzącej.
- ☐ Zapisz objętość i płaszczyznę osobno dla każdej strony.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Ból, błądność lub marmurkowe zabarwienie skóry policzka, nosa lub wargi: przerwij podawanie.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.**
- ☐ **Krwawienie w punkcie: uciśnij i wstrzymaj zabieg w tym rejonie.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Podawanie zbyt powierzchowne prowadzi do nierówności i przemieszczania preparatu.
- Podanie w okolice otworu podoczodołowego zwiększa ryzyko powikłań naczyniowych i neurologicznych.
- Nadmierna objętość w jednej sesji: efekt sztucznego wypełnienia.
- Korekta policzków bez uwzględnienia skroni i żuchwy.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Policzki i okolica jarzmowa: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 6, s. 45-54

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Uprzedź o możliwym obrzęku i siniakach przez kilka dni.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku i masażu policzków oraz spania na twarzy w pierwszych dniach.
- ☐ Wyjaśnij, jak rozpoznać powikłanie naczyniowe: ból, bladość, sinienie, pęcherze.
- ☐ Ustal kontrolę po 2 tygodniach i ewentualną dokładkę po 4 do 6 tygodniach.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość na stronę i użytą technikę.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, bladość, marmurkowe zabarwienie policzka, nosa lub wargi.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**
- ☐ Guzek, zaczerwienienie lub ocieplenie w miejscu podania.
- ☐ Asymetria uśmiechu lub osłabienie mięśni twarzy.
- ☐ Ból i obrzęk okolicy przyusznej po podaniu w bocznej części policzka.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Efekt uniesienia jest stopniowy, ocena po około dwóch tygodniach.
- ☐ Obrzęk i siniaki mogą utrzymywać się kilka dni.
- ☐ Ból, bladość lub zaburzenia widzenia wymagają natychmiastowej pomocy.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: symetria, kontur, ocena obrzęku.
- ☐ Ocena efektu po 4 do 6 tygodniach i decyzja o dokładce.
- ☐ Zdjęcia z przodu, 45 stopni i z boku w tym samym oświetleniu.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

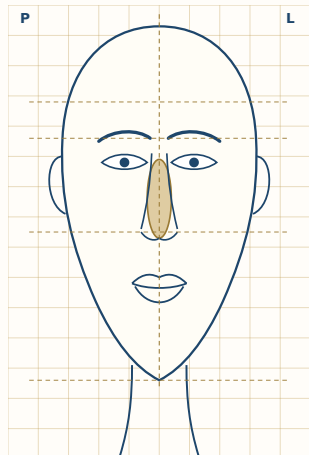
Nos: przed zabiegiem

Wypełniacz HA (region wysokiego ryzyka); toksyna (zmarszczki nosa) · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Nos to okolica wysokiego ryzyka martwicy skóry i powikłań ocznych: wypełniacz podawaj tylko głęboko, w bardzo małych porcjach, po ocenie wcześniejszych operacji i z gotowością do natychmiastowego użycia hialuronidazy.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty planuj w linii środkowej, w niewielkiej liczbie, głęboko.
- ☐ Unikaj bocznych ścian nosa i okolicy przyśrodkowego kącika oka.
- ☐ Planuj porcje bardzo małe i oceniaj skórę po każdej.
- ☐ Zanotuj wynik oceny koloru skóry po każdym punkcie.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica grzbietowa nosa i tętnice boczne nosa:** oceń przebieg, zapytaj o operacje nosa i zaznacz linię środkową.
- ☐ **Tętnica kątowa:** oceń przebieg przy bruździe nosowo-policzkowej i przyśrodkowym kąciku oka.
- ☐ **Tętnica kolumelli i czubek nosa:** oceń ukrwienie czubka nosa; martwica skóry czubka jest jednym z najpoważniejszych powikłań.
- ☐ **Skóra i tkanka podskórna grzbietu:** oceń grubość skóry, blizny i wcześniejsze wypełniacze.
- ☐ **Struktury chrzęstno-kostne i wcześniejsze operacje:** oceń wcześniejsze rynoplastyki i wszczepy; zmienione unaczynienie zwiększa ryzyko.
- ☐ **Mięsień nosowy (zmarszczki boczne nosa):** przy toksynie oceń zmarszczki boczne nosa i ryzyko ograniczenia unoszenia wargi górnej.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Zapytaj o wcześniejsze operacje nosa, wypełniacze trwałe i zabiegi z użyciem nici.
- ☐ Uzgodnij cel: niewielka korekta kształtu, a nie zmiana rozmiaru nosa.
- ☐ Omów odrębnie ryzyko martwicy skóry i utraty wzroku i uzyskaj zgodę na ten obszar.
- ☐ Przygotuj hialuronidazę, wytyczne postępowania i kontakt do pilnej konsultacji okulistycznej.
- ☐ Ustal pozycję pacjenta i oświetlenie tak, aby obserwować kolor skóry nosa.

Nos: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA (region wysokiego ryzyka); toksyna (zmarszczki nosa) · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj głęboko, nadkostnowo lub w płaszczyźnie nadchrzęstnej, w bardzo małych porcjach.
- ☐ Podawaj powoli i z niewielkim naciskiem; nie zwiększaj siły przy oporze.
- ☐ Obserwuj kolor skóry czubka nosa i kolumelli w trakcie podania.
- ☐ Przy pierwszych oznakach niedokrwienia zakończ podanie i postępuj wg procedury alarmowej.
- ☐ Toksyna (zmarszczki boczne nosa): podawaj powierzchownie, małe dawki, z odstępem od skrzydełek nosa i wargi górnej.
- ☐ Zapisz objętość, płaszczyznę, punkty i kolor skóry po zabiegu.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Bladość, marmurkowe zabarwienie skóry nosa lub ból: przerwij i uruchom procedurę alarmową.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i zapewnij pilną pomoc okulistyczną.**
- ☐ **Opór tłoka: nie zwiększaj nacisku, wycofaj igłę i oceń.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Płaszczyzna zbyt powierzchowna zwiększa ryzyko niedokrwienia skóry i nierówności.
- Zbyt duża objętość w jednym punkcie i szybkie podanie.
- Brak wywiadu o wcześniejszej operacji nosa.
- Brak dostępu do hialuronidazy i procedury alarmowej.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Nos: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA (region wysokiego ryzyka); toksyna (zmarszczki nosa) · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Oceń kolor skóry nosa, czas powrotu kapilarnego i ból po zabiegu.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku na nos, ciężkich okularów, masażu i intensywnego wysiłku.
- ☐ Poinformuj o objawach niedokrwienia i o sposobie kontaktu z gabinetem o każdej porze.
- ☐ Ustal kontrolę po 24 do 48 godzinach.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość, punkty i wynik oceny skóry.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, bladość, sinienie, pęcherze lub strupy na skórze nosa.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**
- ☐ Ból głowy, nudności lub objawy neurologiczne.
- ☐ Narastający obrzęk, zaczerwienienie i ból (możliwe zakażenie).
- ☐ Widoczny guzek lub asymetria grzbietu nosa.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Efekt jest widoczny od razu, ale obrzęk może utrzymywać się kilka dni.
- ☐ Każdy ból, bladość lub sinienie skóry nosa wymaga natychmiastowego kontaktu.
- ☐ Nie uciskaj i nie masuj nosa, nie noś ciężkich okularów w pierwszych dniach.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 24 do 48 godzinach: ocena skóry i ukrwienia.
- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: kształt, obrys, ocena guzków.
- ☐ Zdjęcia w projekcji z przodu, 45 stopni i z boku.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

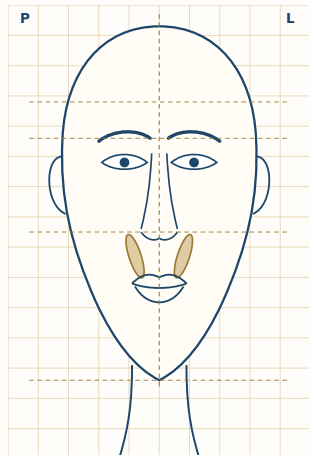
Bruzda nosowo-wargowa: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Bruzdę nosowo-wargową koryguj z uwzględnieniem tętnicy twarzowej i kątowej: unikaj dużych bolusów, podawaj powoli i traktuj bruzdę jako element całej środkowej części twarzy.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Planuj wejście kaniuli w dolnej części bruzdy, z podaniem ku górze lub wachlarzem.
- ☐ Zachowaj odstęp od skrzydełka nosa przy bolusach igłą.
- ☐ Zaplanuj porcje małe i rozłożone.
- ☐ Zapisz punkt, kierunek i objętość dla każdej strony.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica twarzowa i tętnica kątowa:** oceń przebieg wzdłuż bruzdy i przy skrzydełku nosa; zaznacz go w sposób przybliżony.
- ☐ **Gałęzie tętnicy podoczołowej:** oceń okolicę przy skrzydełku nosa i wargi górnej.
- ☐ **Mięśnie dźwigacze wargi górnej i skrzydełka nosa:** oceń ruchomość i wpływ na głębokość bruzdy.
- ☐ **Poduszka tłuszczowa policzka (przyśrodkowa):** oceń opadanie i jej wpływ na pogłębienie bruzdy.
- ☐ **Skóra i głębokość bruzdy:** oceń głębokość, wiotkość skóry i widoczność bruzdy w spoczynku.
- ☐ **Dołek gruszkowaty (kość):** oceń objętość i projekcję kości w okolicy podnosowej.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Sprawdź, czy bruzda wynika z opadania policzka; jeśli tak, planuj korektę środkowej części twarzy.
- ☐ Oceń asymetrię i głębokość bruzdy w spoczynku i podczas uśmiechu.
- ☐ Zaplanuj kolejność: najpierw policzki i projekcja, potem bruzda.
- ☐ Przygotuj hialuronidazę i sprawdź serię oraz datę ważności preparatu.
- ☐ Ustal realistyczny cel: zmniejszenie, a nie usunięcie bruzdy.

Bruzda nosowo-wargowa: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

PREPARAT I SERIA

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P

NARZĘDZIE

PŁASZCZYZNA

GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj w płaszczyźnie podskórnej głębokiej lub nadkostnowej (dołek gruszkowaty), zgodnie z planem.
- ☐ Preferuj kaniulę i technikę liniową wsteczną lub wachlarz; unikaj dużych bolusów.
- ☐ Podawaj powoli, oceniając kolor skóry i powrót kapilarny.
- ☐ Nie przekraczaj linii bruzdy w stronę wargi górnej.
- ☐ Modeluj delikatnie, bez nadmiernego ucisku.
- ☐ Zapisz objętość, płaszczyznę i punkt wejścia osobno dla strony L i P.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Bładość, ból lub marmurkowe zabarwienie skóry bruzdy, nosa lub wargi górnej: przerwij podawanie.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.**
- ☐ **Pulsujące krwawienie: uciśnij miejsce i oceń sytuację.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Korekta samej bruzdy bez leczenia opadającego policzka daje efekt maski.
- Podanie zbyt powierzchowne: guzki i efekt Tyndalla.
- Nadmierna objętość: bruzda zamienia się w widoczny wałek.
- Brak oceny przebiegu tętnicy twarzowej i kątowej.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Bruzda nosowo-wargowa: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Uprzedź o możliwym obrzęku i siniakach przez kilka dni.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku, masażu i intensywnego wysiłku.
- ☐ Poinstruuuj, jak rozpoznać objawy niedokrwienia skóry.
- ☐ Ustal kontrolę po 2 tygodniach.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i użytą technikę.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, błądność, sinienie lub pęcherze w bruździe, na nosie lub wardze.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**
- ☐ Guzek, zaczerwienienie lub ocieplenie w miejscu podania.
- ☐ Narastający obrzęk wargi górnej.
- ☐ Asymetria uśmiechu.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Bruzda zostaje zmniejszona, ale nie znika w pełni; ruch mimiczny jest zachowany.
- ☐ Obrzęk i siniaki są częste i zwykle ustępują w ciągu kilku dni.
- ☐ Ból, błądność lub sinienie skóry nosa i wargi wymagają natychmiastowego kontaktu.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: głębokość bruźdy, symetria, guzki.
- ☐ Dokładka po 4 do 6 tygodniach w razie potrzeby.
- ☐ Zdjęcia w spoczynku i przy uśmiechu.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

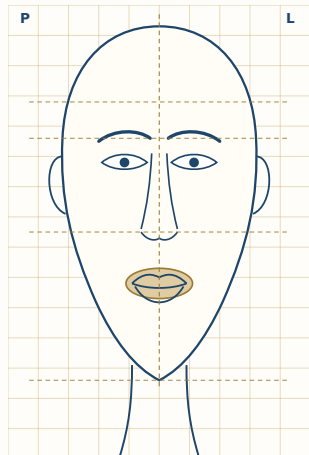
Usta: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i toksyna (okolica okołoustna) · Atlas: cz. 8, s. 63-70

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Tętnice wargowe przebiegają zmiennie i mogą leżeć na różnych głębokościach: podawaj małe porcje, unikaj dużych bolusów i po każdej porcji oceniaj kolor oraz powrót kapilarny wargi.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Planuj punkty w linii konturu i w cieple wargi, symetrycznie względem linii środkowej.
- ☐ Zaznacz łuk Kupidyna, filtrum i kąty ust.
- ☐ Ustal z pacjentem proporcję wargi górnej do dolnej; zwykle wargę dolną jest pełniejszą.
- ☐ Zapisz punkty, technikę i porcje.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica wargowa górna i dolna:** pamiętaj o zmiennym przebiegu, zwykle między mięśniem okrężnym ust a błoną śluzową, po obu stronach linii środkowej.
- ☐ **Tętnica twarzowa i kącik ust:** oceń pulsację przy kącie ust i zaznacz przebieg.
- ☐ **Mięsień okrężny ust:** oceń grubość, napięcie i stopień zaniku.
- ☐ **Granica czerwieni wargowej i łuk Kupidyna:** oceń kontur, symetrię i proporcje wargi górnej do dolnej.
- ☐ **Filtrum i kąty ust:** oceń długość filtrum, wysokość wargi górnej i nachylenie kątów.
- ☐ **Skóra okołoustna i zmarszczki pionowe:** oceń stopień zmarszczek pionowych i utraty objętości skóry okołoustnej.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Zapytaj o opryszczkę wargową w wywiadzie i rozważ profilaktykę przeciwwirusową wg wskazań.
- ☐ Ustal proporcje docelowe: wargę górną do dolnej, symetria, projekcja, a nie tylko objętość.
- ☐ Sprawdź stan błony śluzowej i brak aktywnych zmian (aftey, opryszcza, ranki).
- ☐ Zaplanuj znieczulenie miejscowe lub blokadę i uprzedź o obrzęku po zabiegu.
- ☐ Przygotuj hialuronidazę i zestaw do postępowania w niedokrwieniu.

Usta: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i toksyna (okolica okołoustna) · Atlas: cz. 8, s. 63-70

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj małe porcje; po każdej oceń kolor i powrót kapilarny wargi.
- ☐ Stosuj technikę liniową wsteczną lub mikrobolusy, kontrolując głębokość.
- ☐ Unikaj dużych bolusów w głębokiej części wargi i w okolicy kącików ust.
- ☐ Nie zwiększaj nacisku przy oporze; nie wstrzykuj w tkankę bliznowatą siłą.
- ☐ Modeluj delikatnie i porównuj symetrię w pozycji siedzącej.
- ☐ Zapisz objętość dla wargi górnej i dolnej oraz użytą technikę.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Nagły ból, bledność lub marmurkowe zabarwienie wargi lub brody: przerwij i uruchom procedurę alarmową.
- ☐ Sinienie lub wyraźnie wydłużony powrót kapilarny: przerwij i oceń.
- ☐ Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i wezwij pomoc.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Zbyt duży bolus w głębi wargi zwiększa ryzyko powikłań naczyniowych.
- Nadmierna objętość: efekt sztucznych warg i utrata proporcji.
- Brak profilaktyki opryszczki u pacjentów z wywiadem.
- Zbyt duża dawka toksyny w okolicy ust: trudności z mówieniem i piciem.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Usta: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i toksyna (okolica okołoustna) · Atlas: cz. 8, s. 63-70

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Upредить o obrzęku, który może utrzymywać się kilka dni, i o możliwych siniakach.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku, masażu, gorących napojów i ostrych potraw w pierwszych godzinach.
- ☐ Zalecaj chłodzenie przez krótkie okresy, bez bezpośredniego kontaktu lodu ze skórą.
- ☐ Ostrzeż o objawach opryszczki i niedokrwienia wargi.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i użytą technikę.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, błądź, sinienie lub pęcherze na wardze, brodzie lub podbródku.**
- ☐ **Narastający obrzęk utrudniający oddychanie lub połykanie (stan pilny).**
- ☐ Opryszczka lub pęcherzyki na wardze.
- ☐ Guzki, twarde zgrubienia lub asymetria utrzymujące się po kilku tygodniach.
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Obrzęk jest największy w pierwszej dobie, ostateczny efekt oceniamy po około dwóch tygodniach.
- ☐ Opryszczka może wystąpić po zabiegu; zgłoś pęcherzyki bez zwłoki.
- ☐ Ból, błądź lub sinienie wargi wymagają natychmiastowego kontaktu z gabinetem.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: symetria, konsystencja, ocena guzków.
- ☐ Korekta po 4 do 6 tygodniach w razie potrzeby.
- ☐ Zdjęcia w spoczynku, w uśmiechu i z boku.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

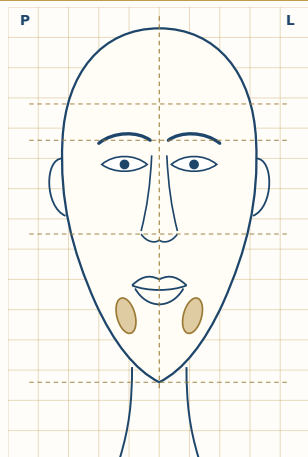
Kąciki ust i bruzdy marionetki: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i toksyna (mięsień obniżacz kąta ust) · Atlas: cz. 8, s. 63-70

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Przy kącikach ust przebiega tętnica twarzowa i jej odgałęzienia: podawaj małe porcje w płaszczyźnie podskórnej lub nadkostnowej i planuj korektę razem z podporą brody i linii żuchwy.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty planuj wzdłuż bruzdy, odsuwając się od kącika ust.
- ☐ Toksyna w DAO: punkt w dolnej części mięśnia, w bezpiecznej odległości od brzegu żuchwy.
- ☐ Zaplanuj kaniulę z jednego wejścia w okolicy żuchwy.
- ☐ Zapisz strategię łączoną: wypełniacz i toksyna.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica twarzowa przy kąciku ust:** oceń pulsację przy kąciku i zaznacz przebieg; unikaj bolusów w tej okolicy.
- ☐ **Mięsień obniżacz kąta ust (DAO):** oceń siłę obniżania kącika przy mimice; wskaż punkt do toksyny.
- ☐ **Węzeł kątowy ust (modiolus) i mięsień policzkowy:** oceń przyczep kącika i wpływ na fałdy kąta ust.
- ☐ **Więzadło policzkowo-żuchwowe i rowek przedżuchwowy:** oceń przyczep więzadła i zagłębienie przed obwisłym policzkiem.
- ☐ **Gałąź brzożna żuchwy nerwu twarzowego:** pamiętaj o przebiegu przy brzegu żuchwy; ryzyko osłabienia ruchu wargi przy toksynie w DAO.
- ☐ **Skóra i bruzdy marionetki:** oceń głębokość bruzd i stopień utraty podparcia.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń wyraz twarzy w spoczynku: opadające kąciki ust wpływają na odbiór emocji.
- ☐ Sprawdź, czy planowana korekta wymaga wsparcia policzka, brody i żuchwy.
- ☐ Zaplanuj korektę stopniową: kąciki i bruzdy rzadko wymagają dużych objętości.
- ☐ Przy toksynie w DAO oceń wpływ na mowę i jedzenie; uprzedź o ryzyku asymetrii.
- ☐ Przygotuj hialuronidazę i zaznacz tętnicę twarzową przy kąciku.

Kąciki ust i bruzdy marionetki: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i toksyna (mięsień obniżacz kąta ust) · Atlas: cz. 8, s. 63-70

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj w płaszczyźnie podskórnej lub nadkostnowej w małych porcjach, powoli.
- ☐ Kaniula z dolnego punktu wejścia, technika wsteczna liniowa.
- ☐ Unikaj bolusów blisko kącika ust; oceniaj kolor skóry i powrót kapilarny.
- ☐ Toksyna w DAO: małe dawki, punkt płytki, w wyznaczonym miejscu, z odstępem od brzegu żuchwy.
- ☐ Porównuj obie strony po kilku punktach.
- ☐ Zapisz punkty, głębokość i objętość dla L i P.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Bładość, ból lub marmurkowe zabarwienie skóry brody, kącika lub wargi: przerwij.
- ☐ Nagła asymetria ruchów ust po toksynie w DAO: wstrzymaj się i oceń.
- ☐ Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Bolusy przy samym kąciku ust zwiększają ryzyko niedokrwienia.
- Za duża dawka toksyny w DAO daje asymetrię i trudności z mówieniem.
- Korekta bruzd bez uwzględnienia podpory brody i żuchwy.
- Podanie zbyt powierzchowne i nierówności.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Kąciki ust i bruzdy marionetki: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i toksyna (mięsień obniżacz kąta ust) · Atlas: cz. 8, s. 63-70

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Upредить o obrzęku i możliwych siniakach przez kilka dni.
- ☐ Zalecaj delikatność przy myciu twarzy oraz unikanie masażu i ucisku.
- ☐ Po toksynie w DAO upредить o możliwym chwilowym osłabieniu mimiki ust; kontrola po 14 dniach.
- ☐ Poinstruuuj, jak rozpoznać niedokrwienie skóry.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i punkty.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, błądź, sinienie lub pęcherze skóry brody, kącika ust lub wargi dolnej.**
- ☐ Asymetria uśmiechu lub trudności z mówieniem i piciem po toksynie.
- ☐ Guzek, zaczerwienienie lub ocieplenie w miejscu podania.
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**
- ☐ Narastający obrzęk.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Zmiana wyrazu kącików ust jest stopniowa; pełny efekt oceniamy po około dwóch tygodniach.
- ☐ Po toksynie w DAO ruchy ust mogą być chwilowo osłabione.
- ☐ Ból, błądź lub sinienie skóry wymagają natychmiastowego zgłoszenia.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: ocena efektu, symetria ruchów ust.
- ☐ Ocena potrzeby dokładki po 4 do 6 tygodniach.
- ☐ Zdjęcia w spoczynku i w mimice.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

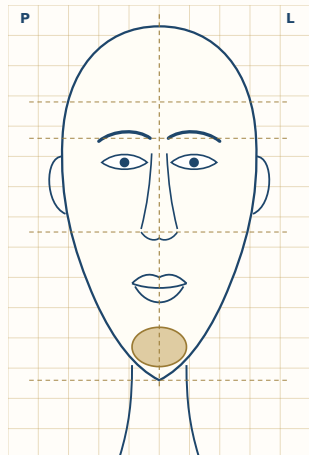
Broda: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i toksyna (mięsień bródkowy) · Atlas: cz. 7, s. 55-62

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

W brodzie unikaj okolicy otworu bródkowego i podawaj wypełniacz nadokostnowo lub w płaszczyźnie głębokiej, a toksynę w mięsień bródkowy ogranicz do małych dawek w okolicy linii środkowej.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Punkty planuj w linii środkowej i lekko bocznie, zachowując odstęp od otworu bródkowego.
- ☐ Zaznacz otwór i tętnicę bródkową na skórze przed zabiegiem.
- ☐ Ustal poziom projekcji na podstawie zdjęć profilu.
- ☐ Zapisz strategię: projekcja, długość, szerokość.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Otwór bródkowy, nerw i tętnica bródkowa:** wyznacz palpacyjnie w linii środka żrenicy, mniej więcej na poziomie drugiego zęba przedtrzonowego; unikaj wkłucia w otwór.
- ☐ **Tętnica podbródkowa i tętnica wargowa dolna:** oceń przebieg w dolnej części wargi i brody.
- ☐ **Mięsień bródkowy:** oceń napięcie i pomarszczenie skóry brody przy mimice.
- ☐ **Kość żuchwy (pogonion):** oceń projekcję, kąt bródkowo-wargowy i profil.
- ☐ **Rowek wargowo-bródkowy:** oceń głębokość i wpływ na proporcje twarzy.
- ☐ **Skóra i tkanka podskórna brody:** oceń grubość i stopień opadania tkanek.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń profil: projekcja brody względem wargi dolnej i nosa; ustal cel korekty.
- ☐ Zaznacz otwór bródkowy i oceń, czy planowany punkt nie leży w jego pobliżu.
- ☐ Zapytaj o wcześniejsze implanty brody i zabiegi ortognatyczne.
- ☐ Ustal, czy korekta brody ma być zaplanowana razem z linią żuchwy.
- ☐ Przy toksynie oceń napięcie mięśnia bródkowego przy mimice.

Broda: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i toksyna (mięsień bródkowy) · Atlas: cz. 7, s. 55-62

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYZNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Wypełniacz: nadokostnowo, bolusy w małych porcjach lub kaniula z jednego wejścia.
- ☐ Kontroluj kierunek igły; nie kieruj końcówki ku otworowi bródkowemu.
- ☐ Podawaj powoli i oceniaj kolor skóry oraz powrót kapilarny.
- ☐ Toksyna w mięsień bródkowy: małe dawki w wyznaczonych punktach, bez zbyt bocznego podania.
- ☐ Porównuj symetrię obu stron i profil pacjenta.
- ☐ Zapisz objętość, punkty i płaszczyznę.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ Bładość, ból lub sinienie skóry wargi dolnej lub brody: przerwij.
- ☐ Zaburzenia czucia (drętwienie brody) po wkłuciu: przerwij i oceń.
- ☐ Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Podanie w okolicę otworu bródkowego: ryzyko drętwienia i powikłań naczyniowych.
- Nadmierna objętość prowadzi do nienaturalnej brody i zaburzeń proporcji.
- Pominięcie oceny profilu i relacji do nosa i wargi dolnej.
- Zbyt duża dawka toksyny osłabia wargę dolną i zaburza mowę.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Broda: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i toksyna (mięsień bródkowy) · Atlas: cz. 7, s. 55-62

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Uprzedź o obrzęku i możliwych siniakach przez kilka dni.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku brody i intensywnego masażu.
- ☐ Poinformuj, że ewentualne drętwienie należy zgłosić.
- ☐ Po toksynie w mięsień bródkowy uprzedź o możliwym zaburzeniu mimiki wargi dolnej.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i punkty.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Bładość, ból lub sinienie brody i wargi dolnej.**
- ☐ Utrzymujące się drętwienie brody lub wargi.
- ☐ Guzek lub zaczerwienienie w miejscu podania.
- ☐ Asymetria mimiki po toksynie.
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Efekt konturu jest widoczny od razu, obrzęk utrzymuje się kilka dni.
- ☐ Drętwienie brody i wargi dolnej należy zgłosić.
- ☐ Ból, bladość lub sinienie skóry wymagają natychmiastowego kontaktu.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: kontur, symetria, ocena obrzęku.
- ☐ Ocena potrzeby dokładki po 4 do 6 tygodniach.
- ☐ Zdjęcia z boku i z przodu w tym samym ustawieniu.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

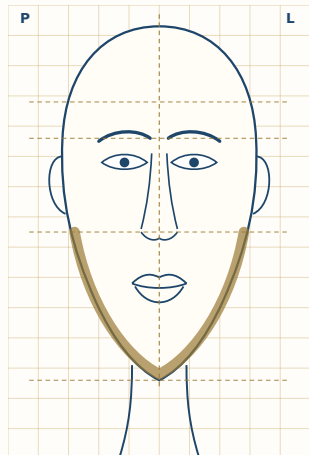
Linia żuchwy: przed zabiegiem

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 7, s. 55-62

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Na linii żuchwy tętnica twarzowa przecina brzeg żuchwy przed mięśniem żwaczem: planuj korektę nadokostnowo lub w płaszczyźnie podskórnej i unikaj bolusów w miejscu przecięcia.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Planuj punkty wzdłuż brzegu żuchwy, od kąta, z odstępem od miejsca przecięcia tętnicy twarzowej.
- ☐ Zaplanuj wejścia kaniuli poza strefą ryzyka.
- ☐ Rozdziel objętość na małe porcje i zapisz każdą.
- ☐ Zaznacz kontur docelowy na skórze przed zabiegiem.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Tętnica twarzowa przy brzegu żuchwy:** wyczuć pulsację przed przednim brzegiem mięśnia żwacza; zaznacz przebieg.
- ☐ **Gałąź brzożna żuchwy nerwu twarzowego:** pamiętaj o przebiegu przy brzegu żuchwy; unikaj głębokiego ucisku w tej okolicy.
- ☐ **Mięsień żwacz i jego przyczep:** oceń przyczep i wpływ na kontur kąta żuchwy.
- ☐ **Ślinianka przyuszna i okolica przyuszna:** oceń położenie i zachowaj ostrożność przy podaniu na kącie żuchwy.
- ☐ **Więzadło policzkowo-żuchwowe i obwisły policzek:** oceń fałdy, opadanie tkanek i rowek przedżuchwowy.
- ☐ **Kąt i trzon żuchwy (kość):** oceń projekcję, długość i proporcje z przodu i w profilu.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń kontur żuchwy z przodu i z boku; ustal, czy potrzebna jest projekcja, kąt czy podpora policzka.
- ☐ Sprawdź napięcie skóry i stopień opadania tkanek w okolicy żuchwy.
- ☐ Zaznacz tętnicę twarzową, kąt i trzon żuchwy oraz planowaną linię wypełnienia.
- ☐ Zapytaj o wcześniejsze zabiegi (niti, liposukcja, chirurgia).
- ☐ Zaplanuj korektę łącznie z brodą i policzkiem, jeśli to potrzebne.

Linia żuchwy: w trakcie zabiegu

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 7, s. 55-62

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYZNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Wypełniacz: nadokostnowo na trzonie i kącie żuchwy lub podskórną głęboko, w małych porcjach.
- ☐ Kaniula z jednego wejścia lub bolusy igłą, zależnie od techniki i oceny naczyń.
- ☐ Unikaj bolusów w miejscu przecięcia tętnicy twarzowej z brzegiem żuchwy.
- ☐ Podawaj powoli i obserwuj kolor skóry oraz powrót kapilarny.
- ☐ Modeluj kontur delikatnie; porównuj obie strony w pozycji siedzącej.
- ☐ Zapisz objętość, płaszczyznę i punkty osobno dla L i P.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Ból, błądność lub sinienie skóry żuchwy, policzka, wargi lub brody: przerwij.**
- ☐ **Zaburzenia czucia lub asymetria ruchów wargi dolnej: przerwij i oceń.**
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka: przerwij i uruchom procedurę alarmową.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Bolusy w miejscu przecięcia tętnicy twarzowej zwiększają ryzyko powikłań.
- Zbyt powierzchowne podanie: nierówności i widoczne guzki.
- Korekta samej żuchwy bez oceny brody i policzków.
- Podanie w okolicę gałęzi brzożnej żuchwy: ryzyko zaburzeń ruchu wargi dolnej.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Linia żuchwy: po zabiegu i kontrola

Wypełniacz HA i biostymulator · Atlas: cz. 7, s. 55-62

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Uprzedź o obrzęku i siniakach przez kilka dni.
- ☐ Zalecaj unikanie ucisku, masażu żuchwy i intensywnego wysiłku.
- ☐ Poinstruuuj, jak rozpoznać powikłanie naczyniowe.
- ☐ Ustal kontrolę po 2 tygodniach.
- ☐ Zapisz preparat, serię, objętość i użytą technikę.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Ból, bladość, sinienie lub pęcherze skóry żuchwy, brody lub wargi.**
- ☐ Asymetria ruchu wargi dolnej.
- ☐ Guzek, zaczerwienienie, ocieplenie lub ból.
- ☐ Obrzęk lub ból okolicy przyusznej.
- ☐ **Zaburzenia widzenia lub ból oka.**

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Kontur poprawia się od razu, ale ostateczny efekt oceniamy po około dwóch tygodniach.
- ☐ Obrzęk i siniaki są częste i ustępują zwykle w ciągu kilku dni.
- ☐ Ból, bladość, sinienie lub asymetria ruchu wargi wymagają kontaktu z gabinetem.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 2 tygodniach: kontur, symetria, guzki.
- ☐ Dokładka po 4 do 6 tygodniach w razie potrzeby.
- ☐ Zdjęcia z boku i z przodu w tym samym świetle.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

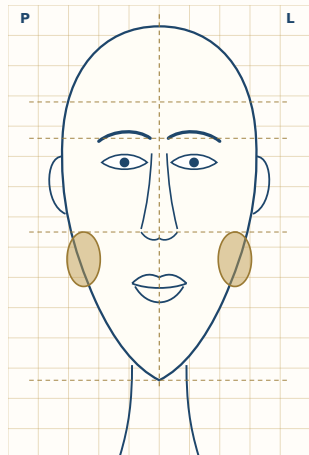
Mięsień żwacz: przed zabiegiem

Toksyna botulinowa · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

Toksynę w mięsień żwacz podawaj w dolne dwie trzecie mięśnia, z dala od przewodu ślinianki przyusznej, mięśni uśmiechu i tętnicy twarzowej.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Planuj punkty w dolnych dwóch trzecich mięśnia, w regularnej siatce.
- ☐ Zaznacz przewód przyuszny na skórze i utrzymuj odstęp.
- ☐ Podziel dawkę równomiernie między punkty na stronę.
- ☐ Zapisz liczbę punktów i dawkę na punkt.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Mięsień żwacz:** oceń przerost przy zaciskaniu zębów, granice mięśnia i symetrię.
- ☐ **Przewód ślinianki przyusznej:** pamiętaj o przebiegu od ślinianki ku kącikowi ust; unikaj podania w górnej części i przy przednim brzegu.
- ☐ **Ślinianka przyuszna:** oceń położenie za tylnym brzegiem mięśnia.
- ☐ **Mięsień śmiechowy i jarzmowy większy:** oceń położenie względem górnej części żwacza; unikaj dyfuzji preparatu.
- ☐ **Tętnica twarzowa i tętnica poprzeczna twarzy:** oceń przebieg przy przednim brzegu i powyżej mięśnia.
- ☐ **Przyczyna przerostu:** odróżnij przerost mięśnia od przerostu kości i tłuszczu; zapytaj o bruksizm i dolegliwości stawów skroniowo-żuchwowych.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Zapytaj o bruksizm, bóle stawów skroniowo-żuchwowych i wcześniejsze zabiegi żuchwy.
- ☐ Oceń przerost mięśnia przy zaciskaniu zębów i różnicuj z przerostem kości i tłuszczu.
- ☐ Uzgodnij oczekiwania: zmniejszenie kąta żuchwy następuje stopniowo, w ciągu kilku tygodni.
- ☐ Zaznacz na skórze granice mięśnia, przewód przyuszny i punkty podania.
- ☐ Uprzedź o możliwym osłabieniu siły żucia i asymetrii uśmiechu.

Mięsień żwacz: w trakcie zabiegu

Toksyna botulinowa · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj głęboko w dolne dwie trzecie mięśnia, unikając przedniego brzegu.
- ☐ Stosuj niewielkie porcje w wielu punktach zamiast dużych porcji.
- ☐ Unikaj górnej części mięśnia i tylnego brzegu (ślinianka przyuszna).
- ☐ Utrzymuj odstęp od mięśnia śmiechowego i jarzmowego większego.
- ☐ Porównuj symetrię obu stron i dawkę całkowitą.
- ☐ Zapisz liczbę punktów i dawkę dla L i P.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Silny ból lub nietypowy obrzęk okolicy przyusznej: przerwij i oceń.**
- ☐ **Krwiak narastający po wkłuciu: uciśnij i wstrzymaj kolejne punkty.**
- ☐ **Zawroty głowy lub omdlewanie pacjenta: przerwij i ułóż pacjenta.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Podanie w górną część mięśnia grozi dyfuzją do mięśni uśmiechu.
- Podanie zbyt przednio: ryzyko uszkodzenia tętnicy twarzowej lub przewodu ślinianki przyusznej.
- Zbyt duża dawka daje osłabienie żucia.
- Brak diagnozy różnicowej: przerost kości nie reaguje na toksynę.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Mięsień żwacz: po zabiegu i kontrola

Toksyna botulinowa · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Upředź o możliwym osłabieniu siły żucia w pierwszych tygodniach.
- ☐ Zalecaj miękkie posiłki w pierwszych dniach, jeśli pacjent odczuwa zmęczenie mięśni.
- ☐ Upředź o możliwej asymetrii uśmiechu i konieczności zgłoszenia.
- ☐ Wyjaśnij, że efekt na kontur pojawia się po kilku tygodniach.
- ☐ Zapisz preparat, serię, dawkę i punkty.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ Asymetria uśmiechu lub opadanie kąćka ust.
- ☐ Ból i obrzęk okolicy przyusznej.
- ☐ Wyraźne osłabienie żucia, ból przy otwieraniu ust.
- ☐ Krwiał, zaczerwienienie lub ocieplenie miejsca podania.

- ☐ Zaburzenia widzenia lub ból oka.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Kontur zmienia się stopniowo, efekt oceniamy po kilku tygodniach.
- ☐ Zmęczenie mięśni żucia w pierwszych dniach jest możliwe.
- ☐ Asymetria uśmiechu, ból i obrzęk okolicy przyusznej wymagają kontaktu z gabinetem.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 4 do 6 tygodniach: kontur, siła żucia, symetria.
- ☐ Ocena potrzeby powtórzenia po kilku miesiącach.
- ☐ Zdjęcia z przodu i w skosie.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

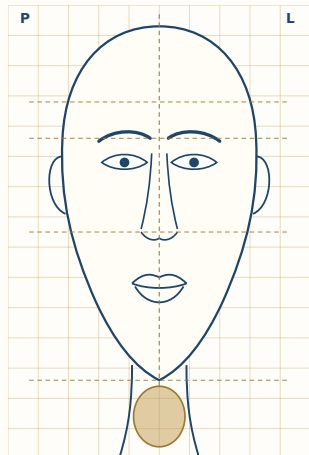
Szyja i platysma: przed zabiegiem

Toksyna botulinowa i biostymulator (skóra) · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR



Okolica zabiegowa zaznaczona na diagramie. P: strona prawa pacjenta, L: lewa.

ZASADA OKOLICY

W szyi toksynę podawaj powierzchownie w prążki mięśnia szerokiego szyi, z ostrożnością wobec głębokich struktur szyi i okolicy brzegu żuchwy.

PLANOWANIE PUNKTÓW PODANIA

- ☐ Planuj punkty wzdłuż prążków, w odstępach około 1 do 2 cm.
- ☐ Zaznacz żyłę szyjną zewnętrzną i utrzymuj odstęp.
- ☐ Ustal dawkę całkowitą z uwzględnieniem ryzyka osłabienia mięśni szyi.
- ☐ Zapisz punkty i dawkę dla każdej strony.

STRUKTURY DO ZIDENTYFIKOWANIA I OCENY

- ☐ **Mięsień szeroki szyi (platysma):** oceń prążki przy napinaniu mięśnia, ich położenie i symetrię.
- ☐ **Żyła szyjna zewnętrzna:** zaznacz przebieg i unikaj wkłucia; oceń widoczność przy napinaniu.
- ☐ **Gałąź brzożna żuchwy nerwu twarzowego:** pamiętaj o przebiegu przy brzegu żuchwy i zachowaj ostrożność w górnej części platysma.
- ☐ **Mięśnie głębokie szyi:** podawaj powierzchownie, aby nie objąć mięśni głębokich (zginacze szyi, dno jamy ustnej).
- ☐ **Tarczycza i naczynia szyi:** unikaj głębokiego podania w linii środkowej; pamiętaj o położeniu tarczycy i naczyń.
- ☐ **Skóra szyi i poziome linie:** oceń jakość skóry, luźność i poziome linie szyi.

PRZYGOTOWANIE I DECYZJE

- ☐ Oceń prążki platysma przy napinaniu mięśnia i wskaż, czy występuje luźna skóra.
- ☐ Sprawdź, czy pacjent nie ma zaburzeń połykania, chrypki lub chorób tarczycy.
- ☐ Uzgodnij cel: redukcja prążków i poprawa konturu, a nie usunięcie luźności skóry.
- ☐ Zaznacz prążki i punkty na skórze podczas napinania mięśnia.
- ☐ Uprzedź o możliwym osłabieniu mięśni szyi i trudnościach z połykaniem.

Szyja i platysma: w trakcie zabiegu

Toksyna botulinowa i biostymulator (skóra) · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)	DATA	OPERATOR
PREPARAT I SERIA	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA L	OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA P
NARZĘDZIE	PŁASZCZYŻNA	GODZINA OD-DO

WYKONANIE ZABIEGU

- ☐ Podawaj powierzchownie, chwytając prążek między palce i wstrzykując w mięsień.
- ☐ Utrzymuj odstęp od żyły szyjnej zewnętrznej i linii środkowej.
- ☐ Stosuj małe dawki w wielu punktach, unikaj dużych porcji.
- ☐ W górnej części mięśnia, przy brzegu żuchwy, działaj wyłącznie z pełną ostrożnością.
- ☐ Zapisz dawkę na prążek i dawkę całkowitą.
- ☐ Porównuj symetrię po każdej stronie.

PUNKTY KRYTYCZNE: PRZERWIJ ZABIEG, GDY

- ☐ **Krwiak narastający w okolicy szyi: uciśnij i wstrzymaj zabieg.**
- ☐ **Trudności z oddychaniem lub połykaniem zgłoszone przez pacjenta: przerwij i wezwij pomoc.**
- ☐ **Zawroty głowy lub omdlewanie: przerwij i ułóż pacjenta.**

TYPOWE BŁĘDY W TEJ OKOLICY

- Zbyt duża dawka lub zbyt głębokie podanie: osłabienie mięśni szyi i trudności z połykaniem.
- Podanie w linię środkową bez oceny anatomii.
- Nierealne oczekiwania dotyczące luźności skóry.
- Wkłucie w żyłę szyjną zewnętrzną: krwiak.

UWAGI Z PRZEBIEGU ZABIEGU

Szyja i platysma: po zabiegu i kontrola

Toksyna botulinowa i biostymulator (skóra) · Atlas: cz. 2 i 3, s. 7-26

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OPERATOR

BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU I ZALECENIA

- ☐ Upředź o możliwym uczuciu osłabienia mięśni szyi i trudnościami z połykaniem w pierwszych dniach.
- ☐ Zalecaj unikanie intensywnego wysiłku i masażu szyi przez pierwszą dobę.
- ☐ Wyjaśnij, że efekt jest stopniowy i osiąga maksimum po około dwóch tygodniach.
- ☐ Ustal kontrolę po 14 dniach.
- ☐ Zapisz preparat, serię, dawkę i punkty.

OBJAWY ALARMOWE DO OMÓWIENIA Z PACJENTEM

- ☐ **Trudności z połykaniem, chrypka lub uczucie duszności.**
- ☐ Osłabienie mięśni szyi, trudności z utrzymaniem głowy.
- ☐ Krwaki lub obrzęk szyi.
- ☐ Zaczzerwienienie i ból miejsca wkłucia.
- ☐ Asymetria ruchów ust po podaniu w pobliżu brzegu żuchwy.

PRZEKAŻ PACJENTOWI I POTWIERDŹ ODHACZENIEM

- ☐ Uczucie osłabienia mięśni szyi w pierwszych dniach jest możliwe.
- ☐ Trudności z połykaniem lub oddychaniem wymagają natychmiastowej pomocy medycznej.
- ☐ Efekt widoczny jest stopniowo, ocena po około dwóch tygodniach.

KONTROLA

- ☐ Kontrola po 14 dniach: prężki, symetria, ocena siły mięśni szyi.
- ☐ Ocena potrzeby powtórzenia po kilku miesiącach.
- ☐ Zdjęcia szyi w spoczynku i przy napinaniu platysma.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

V

POWIKŁANIA I SYTUACJE ALARMOWE



Rozpoznanie i pierwsze kroki: okluzja naczyniowa, objawy oczne i neurologiczne, anafilaksja, zakażenie, guzki i dokumentacja zdarzeń.

X-01	Okluzja naczyniowa: rozpoznanie	89
X-02	Okluzja naczyniowa: postępowanie natychmiastowe	90
X-03	Zaburzenia widzenia i objawy oczne	91
X-04	Objawy neurologiczne i podejrzenie udaru	92
X-05	Anafilaksja	93
X-06	Reakcja wazowagalna i omdlenie	94
X-07	Zakażenie, opryszczka i biofilm	95
X-08	Guzki, obrzęk i reakcje późne	96
X-09	Ptoza i asymetria po zabiegu	97
X-10	Krwiak i krwawienie	98
X-11	Dokumentacja i zgłoszenie zdarzenia niepożądanego	99

Okluzja naczyniowa: rozpoznanie

Im wcześniej rozpoznasz okluzję, tym większa szansa na cofnięcie skutków

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

OBJAWY W TRAKCIE PODANIA LUB TUŻ PO NIM

- ☐ Ból nieproporcjonalny do zabiegu lub narastający po podaniu (ból może być maskowany znieczuleniem, więc jego brak nie wyklucza okluzji).
- ☐ Bładość skóry lub zmiana koloru w obszarze unaczynienia (biała plama, siatka marmurkowa).
- ☐ Wydłużony powrót kapilarny po uciśnięciu skóry.
- ☐ Skóra chłodniejsza niż po stronie przeciwnej.
- ☐ Później: sinofioletowe zabarwienie, pęcherze, owrzodzenie, strup.

OBJAWY OCZNE I OŚRODKOWE (PILNE)

- ☐ Nagłe zaburzenia widzenia, ubytek pola widzenia, utrata widzenia w jednym oku.
- ☐ Ból oka lub okolicy oczodołu.
- ☐ Podwójne widzenie, ograniczenie ruchomości gałki ocznej, opadanie powieki.
- ☐ Ból głowy, nudności, wymioty.
- ☐ Objawy neurologiczne: niedowład, zaburzenia mowy, zawroty głowy, zaburzenia świadomości.

OCENA I DOKUMENTACJA

- ☐ Zapisano okolicę, czas od podania i podaną objętość.
- ☐ Zaznaczono granice zmiany na skórze i wykonano zdjęcia z zapisem czasu.
- ☐ Porównano stronę objętą zmianą ze zdrową (kolor, temperatura, powrót kapilarny).
- ☐ Zapisano naczynie, które mogło być objęte (np. tętnica kątowa, nadbłoczkowa, grzbietowa nosa, wargowa).

ZASADA

Wątpliwość rozstrzygaj na korzyść pacjenta: przy podejrzeniu okluzji postępuj jak przy potwierdzonej i nie czekaj na martwicę.

Okluzja naczyniowa: postępowanie natychmiastowe

Kolejność działań przy podejrzeniu niedokrwienia po wypełniaczu HA

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

UWAGA

To lista organizacyjna. Dawkowanie i schemat hialuronidazy ustal według aktualnych wytycznych, ChPL i protokołu gabinetu.

NATYCHMIAST

- ☐ **Przerwij podawanie wypełniacza i nie podawaj kolejnych porcji.**
- ☐ Wezwij pomoc i spokojnie poinformuj pacjenta o podejrzeniu powikłania.
- ☐ Zapisz godzinę rozpoznania.
- ☐ Rozpocznij ciepłe okłady i delikatny masaż zgodnie z protokołem (poprawa przepływu).

HALURONIDAZA

- ☐ **Podaj hialuronidazę w obszar niedokrwienia i wokół niego, w dawce i według schematu przyjętego w protokole gabinetu.**
- ☐ Powtarzaj podanie w odstępach ustalonych w protokole (zwykle około godziny) do poprawy ukrwienia.
- ☐ Po każdym podaniu oceń kolor skóry i powrót kapilarny.
- ☐ Zapisz dawkę, godzinę i lokalizację każdego podania.

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE (WG PROTOKOŁU I DECYZJI LEKARZA)

- ☐ Oceń przeciwwskazania i rozważ leki wspomagające zgodnie z protokołem gabinetu.
- ☐ Rozważ konsultację z ośrodkiem mającym doświadczenie w leczeniu powikłań naczyniowych, w tym możliwość tlenoterapii hiperbarycznej.
- ☐ Kontroluj pacjenta w krótkich odstępach do ustąpienia objawów.

ESKALACJA

- ☐ **Brak poprawy po kolejnych podaniach lub objawy oczne: pilny transport i konsultacja specjalistyczna.**
- ☐ Przekaż zespołowi ratunkowemu: preparat, serię, okolicę, godzinę i podane leki.
- ☐ Utrzymuj kontakt z pacjentem do chwili przekazania.
- ☐ Ustal kontrolę następnego dnia i numer kontaktowy o każdej porze.

Zaburzenia widzenia i objawy oczne

Utrata widzenia po wypełniaczu jest stanem zagrożenia; liczy się czas

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

ROZPOZNANIE

- ☐ Nagłe pogorszenie lub utrata widzenia w jednym oku, mroczek, zamglenie.
- ☐ Silny ból oka lub okolicy oczodołu.
- ☐ Podwójne widzenie, ograniczenie ruchów gałki ocznej, opadanie powieki.
- ☐ Bładość i zmiana koloru skóry nosa, czoła lub policzka po tej samej stronie.
- ☐ Nudności, ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia świadomości.

NATYCHMIASTOWE DZIAŁANIE

- ☐ **Zatrzymaj zabieg i nie odsyłaj pacjenta do domu.**
- ☐ **Wezwij pomoc medyczną (112) i zorganizuj pilny transport do ośrodka z dostępem do pomocy okulistycznej.**
- ☐ Ułóż pacjenta w bezpiecznej pozycji i utrzymuj z nim kontakt.
- ☐ Spokojnie poinformuj pacjenta, co się dzieje.
- ☐ Rozpocznij postępowanie z karty X-02 równoległe z organizacją transportu, o ile nie opóźnia to transportu.
- ☐ Przekaż zespołowi ratunkowemu i okuliście: preparat, seria, okolica, godzina, objętość.

DOKUMENTACJA I DALSZE KROKI

- ☐ Zapisz dokładny czas wystąpienia objawów i czas przekazania pacjenta.
- ☐ Zapisz opis objawów i ocenę ostrości wzroku, jeśli to możliwe.
- ☐ Zachowaj opakowanie preparatu i numer serii.
- ☐ Zgłoś zdarzenie zgodnie z procedurą (karta X-11).
- ☐ Zorganizuj kontakt z pacjentem i rodziną w kolejnych godzinach.

Objawy neurologiczne i podejrzenie udaru

Rzadkie, ale wymagające natychmiastowego wezwania pomocy

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

ROZPOZNANIE

- ☐ Opadanie kącika ust lub asymetria twarzy.
- ☐ Osłabienie lub niedowład kończyny (poproś o uniesienie obu rąk).
- ☐ Zaburzenia mowy (niewyraźna lub niezrozumiała).
- ☐ Nagły ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, nudności.
- ☐ Zaburzenia widzenia lub podwójne widzenie.
- ☐ Zaburzenia świadomości lub drgawki.

DZIAŁANIE

- ☐ **Wezwij pomoc medyczną (112) i poinformuj o możliwym udarze po wypełniaczu.**
- ☐ **Zapisz czas wystąpienia pierwszych objawów.**
- ☐ Ułóż pacjenta, kontroluj oddech i tętno; przygotuj się do resuscytacji.
- ☐ Nie podawaj pokarmów ani płynów doustnie.
- ☐ Przekaż zespołowi ratunkowemu preparat, okolicę, godzinę podania, wywiad i leki.

PO ZDARZENIU

- ☐ Zachowaj dokumentację i opakowania preparatu.
- ☐ Zgłoś zdarzenie (karta X-11).
- ☐ Skontaktuj się z rodziną pacjenta.
- ☐ Uzupełnij dokumentację o dokładne godziny.
- ☐ Omów zdarzenie z zespołem.

Anafilaksja

Rozpoznanie i pierwsze minuty postępowania

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

ROZPOZNANIE

- ☐ Nagły początek po ekspozycji na preparat lub lek.
- ☐ Objawy skórne: pokrzywka, świąd, obrzęk twarzy i warg, nagłe zaczerwienienie.
- ☐ Duszność, świszczący oddech, chrypka, uczucie ściskania w gardle.
- ☐ Spadek ciśnienia, przyspieszone tętno, osłabienie, omdlenie.
- ☐ Nudności, wymioty, bóle brzucha.

NATYCHMIAST

- ☐ **Zatrzymaj zabieg i wezwij pomoc (112).**
- ☐ **Adrenalina domięśniowo w bok uda: dorośli 0,5 mg (0,5 ml roztworu 1 mg/ml).**
- ☐ Ułóż pacjenta płasko z uniesionymi nogami (przy duszności półsiedząco).
- ☐ Podaj tlen, jeśli jest dostępny.
- ☐ Powtórz adrenalinę po 5 minutach, jeśli brak poprawy.
- ☐ Monitoruj oddech, tętno, ciśnienie i saturację.

PO OPANOWANIU

- ☐ Przekaż pacjenta zespołowi ratunkowemu; nie zwalnij go do domu.
- ☐ Zapisz preparat, godzinę, dawki i reakcje pacjenta.
- ☐ Zgłoś zdarzenie (karta X-11).
- ☐ Zorganizuj późniejszą diagnostykę alergologiczną.
- ☐ Sprawdź zapas adrenaliny i uzupełnij zestaw awaryjny.

UWAGA

Podana dawka dotyczy dorosłych. Dawki u dzieci zależą od wieku i masy ciała. Zestaw awaryjny powinien zawierać aktualne wytyczne postępowania, a zespół powinien być regularnie szkolony.

Reakcja wazowagalna i omdlenie

Najczęstsza nagła reakcja w gabinecie: nie mylić z powikłaniem naczyniowym

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

OBJAWY ZWIASTUNOWE

- ☐ Bładość, pocenie się, osłabienie, zawroty głowy, nudności.
- ☐ Zwolnione tętno i spadek ciśnienia.
- ☐ Ciemnienie przed oczami i szum w uszach.

UWAGA

Ciemnienie przed oczami przy omdleniu jest obustronne i ustępuje po ułożeniu pacjenta. Jednostronna utrata widzenia lub ból oka to stan zagrożenia (karta X-03).

POSTĘPOWANIE

- ☐ **Przerwij zabieg i ułóż pacjenta płasko z uniesionymi nogami.**
- ☐ Rozluźnij odzież i zapewnij dostęp powietrza.
- ☐ Kontroluj tętno, ciśnienie i oddech.
- ☐ Podaj wodę do picia po odzyskaniu pełnej przytomności.
- ☐ Sprawdź glikemię, jeśli pacjent nie jadł.
- ☐ Nie pozwalaj pacjentowi wstać do czasu pełnej poprawy.

PO ZDARZENIU

- ☐ Oceń, czy przebieg był typowy; w razie wątpliwości zapewnij konsultację lekarską.
- ☐ Zapisz zdarzenie w dokumentacji.
- ☐ Ustal, czy zabieg można kontynuować, i uzyskaj ponowną zgodę pacjenta.
- ☐ Zapewnij pacjentowi bezpieczny powrót do domu (opieka, bez prowadzenia pojazdu).

Zakażenie, opryszczka i biofilm

Rozpoznanie wczesne i późne oraz zasady postępowania

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

ROZPOZNANIE

- ☐ Ból, zaczerwienienie, ocieplenie i obrzęk narastające w ciągu dni po zabiegu.
- ☐ Bolesny guz, ropień, przetoka lub wydzielina.
- ☐ Gorączka, złe samopoczucie, powiększone węzły chłonne.
- ☐ Pęcherzyki i strupy typowe dla opryszczki (często po zabiegu w okolicy ust).
- ☐ Nawracające lub oporne na leczenie guzki i stany zapalne po tygodniach lub miesiącach (możliwy biofilm).

POSTĘPOWANIE

- ☐ **Pilna ocena lekarska i pobranie wymazu z ropnej zmiany przed rozpoczęciem leczenia.**
- ☐ Leczenie przeciwbakteryjne wg decyzji lekarza i wyniku badania.
- ☐ Przy podejrzeniu opryszczki: leczenie przeciwwirusowe wg decyzji lekarza.
- ☐ Przy ropniu lub guzie: rozważenie hialuronidazy i drenażu wg decyzji lekarza.
- ☐ Kontrola co 24 do 48 godzin do ustąpienia objawów.
- ☐ Ocena potrzeby skierowania do specjalisty (dermatolog, chirurg, laryngolog).

PROFILAKTYKA

- ☐ Aseptyka przy każdym zabiegu i sprzęt jednorazowy.
- ☐ Profilaktyka przeciwwirusowa u pacjentów z nawrotową opryszczką przy zabiegach w okolicy ust.
- ☐ Odroczenie zabiegu przy aktywnym zakażeniu.
- ☐ Pacjent zna objawy zakażenia i sposób pilnego kontaktu.
- ☐ Zdarzenie zapisano i zgłoszono (karta X-11).

Guzki, obrzęk i reakcje późne

Rozpoznaj typ zmiany, zanim wybierzesz leczenie

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

TYP ZMIANY	CZAS	CECHY	KIERUNEK POSTĘPOWANIA
Guzek wczesny (technika)	do kilku tygodni	Niebolesny, twardy, w miejscu podania	Ocena, masaż wg decyzji, hialuronidaza w razie potrzeby
Obrzęk pozabiegowy	kilka dni	Rozlany, ustępujący	Chłodzenie, obserwacja, kontrola
Efekt Tyndalla	od razu lub po dniach	Sinawy odcień pod skórą	Hialuronidaza po ocenie
Guzek późny zapalny	tygodnie lub miesiące	Bolesny, zaczerwieniony, ocieplony	Wykluczenie zakażenia; leczenie wg lekarza
Reakcja opóźniona	tygodnie lub miesiące, często po szczepieniu lub infekcji	Obrzęk i guzy w miejscu podania	Ocena lekarska, hialuronidaza, leki wg lekarza
Reakcja alergiczna	szybko	Pokrzywka, obrzęk, świąd	Patrz karta X-05

OCENA

- ☐ Ustalono czas od zabiegu, preparat, okolicę i objętość.
- ☐ Ustalono, czy pacjent miał ostatnio infekcję, szczepienie lub zabieg stomatologiczny.
- ☐ Oceniono objawy ogólne i zapalne (ból, ocieplenie, zaczerwienienie).
- ☐ Wykonano zdjęcia i pomiar wielkości zmiany.
- ☐ Zaplanowano kontrolę i kolejną decyzję.

Ptoza i asymetria po zabiegu

Ocena i postępowanie po toksynie botulinowej i po wypełniaczu

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

PTOZA POWIEKI LUB BRWI PO TOKSYNIE

- ☐ Oceniono położenie powieki i brwi w porównaniu ze stroną przeciwną i zdjęciem sprzed zabiegu.
- ☐ Ustalono okolicę podania i dawki w pobliżu oczodołu.
- ☐ Poinformowano pacjenta, że ptoza po toksynie jest przejściowa i zwykle trwa kilka tygodni.
- ☐ Rozważono konsultację okulistyczną i leczenie objawowe wg decyzji lekarza.
- ☐ Pacjenta poinformowano, by nie prowadził pojazdu przy zaburzeniach widzenia.
- ☐ Zaplanowano kontrole w krótkich odstępach do ustąpienia.

ASYMETRIA MIMIKI LUB UŚMIECHU

- ☐ Oceniono, które mięśnie mogły być objęte (jarzmowy, DAO, żwacz, okrężny ust).
- ☐ Poinformowano pacjenta o przewidywanym czasie ustępowania.
- ☐ Unikano korekt w pierwszych 14 dniach, gdy efekt jeszcze się rozwija.
- ☐ Zaplanowano ocenę po 14 dniach i ewentualną korektę.

ASYMETRIA PO WYPEŁNIACZU

- ☐ Oceniono, czy asymetria dotyczy obrzęku, objętości czy położenia preparatu.
- ☐ Zaplanowano ocenę po ustąpieniu obrzęku (około 2 tygodni).
- ☐ Rozważono dokładkę lub częściowe rozpuszczenie preparatu hialuronidazą.
- ☐ Ocenę i decyzję zapisano w dokumentacji.

Krwiak i krwawienie

Zatrzymanie krwawienia i ocena, czy krwiak narasta

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA OCENIAJĄCA

NATYCHMIAST

- ☐ Ucisk miejsca krwawienia jałowym gazikiem przez kilka minut.
- ☐ Chłodzenie przez krótkie okresy, przez osłonkę.
- ☐ Ocena narastania krwiaka: obrzęk, napięcie, ból.
- ☐ Wstrzymanie kolejnych wkłuć w miejscu krwawienia.
- ☐ Po ustabilizowaniu rozważenie kontynuacji w innym punkcie lub odroczenie zabiegu.

KRWIAK NARASTAJĄCY

- ☐ **Silnie narastający krwiak, zwłaszcza w okolicy oka, szyi lub jamy ustnej: pilna ocena lekarska.**
- ☐ Ocena napięcia tkanek, ruchomości gałki ocznej i widzenia.
- ☐ Ocena zaburzeń oddychania lub potykania przy krwaku szyi.
- ☐ Ocena leków wpływających na krzepnięcie i wywiadu.
- ☐ Wezwanie pomocy medycznej w razie zagrożenia.

PO ZABIEGU

- ☐ Pacjent otrzymał instrukcję: unikać rozgrzewania, alkoholu, ucisku i leków przeciwzapalnych bez zgody lekarza.
- ☐ Poinformowano o typowym przebiegu siniaka (od kilku dni do dwóch tygodni).
- ☐ Ustalono sposób kontaktu w razie narastania objawów.
- ☐ Wykonano dokumentację i zdjęcia.

Dokumentacja i zgłoszenie zdarzenia niepożądanego

Zapisz, zgłoś i wyciągnij wnioski

DATA I GODZINA ZDARZENIA

OKOLICA

PACJENT (NR KARTY)

PREPARAT I SERIA

OBJĘTOŚĆ LUB DAWKA

OBJAWY (OPIS)

OPIS ZDARZENIA

- ☐ Opisano przebieg zdarzenia w porządku chronologicznym.
- ☐ Zapisano objawy, czas ich wystąpienia i nasilenie.
- ☐ Zapisano podjęte działania: leki, dawki, godziny i osoby zaangażowane.
- ☐ Zapisano stan pacjenta w chwili zakończenia opieki i miejsce przekazania.
- ☐ Wykonano dokumentację zdjęciową.

ZGŁOSZENIA

- ☐ Poinformowano pacjenta o zdarzeniu i dalszym postępowaniu.
- ☐ Zgłoszono zdarzenie właściwemu organowi: działanie niepożądane produktu leczniczego lub incydent z wyrobem medycznym (Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych).
- ☐ Zawiadomiono producenta lub dystrybutora, podając numer serii.
- ☐ Powiadomiono ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej, jeśli dotyczy.
- ☐ Zachowano opakowania i etykiety preparatu.

ANALIZA

- ☐ Zdarzenie omówiono z zespołem: przyczyny i możliwe zmiany procedur.
- ☐ Zaktualizowano procedury i szkolenie na podstawie zdarzenia.

UWAGA

Wymogi i terminy zgłoszeń ustal zgodnie z aktualnymi przepisami i wytycznymi urzędu.

VI

PO ZABIEGU I KONTROLA



Wypis, zalecenia dla pacjenta, kontrole po 24 do 72 godzinach, 14 dniach, 4 do 6 tygodniach i po kilku miesiącach oraz ocena wyniku.

F-01	Wypis pacjenta po zabiegu	101
F-02	Zalecenia po wypełniaczu z kwasu hialuronowego	102
F-03	Zalecenia po toksynie botulinowej	103
F-04	Kontrola po 24 do 72 godzinach	104
F-05	Kontrola po 14 dniach	105
F-06	Kontrola po 4 do 6 tygodniach	106
F-07	Kontrola po 3 do 6 miesiącach i powtórzenie zabiegu	107
F-08	Ocena wyniku i satysfakcji	108
F-09	Telefon od pacjenta z niepokojącymi objawami	109

Wypis pacjenta po zabiegu

Zanim pacjent opuści gabinet: stan, zalecenia, dokumenty

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

STAN PACJENTA PRZED WYJŚCIEM

- ☐ Pacjent obserwowany co najmniej 15 minut po zabiegu.
- ☐ Pacjent czuje się dobrze, bez zawrotów głowy i nudności.
- ☐ Skórę oceniono: kolor, powrót kapilarny, krwawienie, obrzęk.
- ☐ Brak objawów ocznych i neurologicznych.
- ☐ Pacjent jest w stanie bezpiecznie wrócić do domu (nie prowadzi pojazdu, jeśli jest osłabiony).

ZALECENIA I KONTAKT

- ☐ Pisemne zalecenia pozabiegowe przekazano pacjentowi.
- ☐ Pacjent zna objawy alarmowe i numer kontaktowy dostępny o każdej porze.
- ☐ Ustalono terminy kontroli (24 do 72 godzin oraz 14 dni).
- ☐ Pacjent potwierdził zrozumienie zaleceń własnymi słowami.
- ☐ Przekazano informację o zasadach dokładek i korekt.

DOKUMENTACJA

- ☐ Kartę zabiegową uzupełniono i podpisano.
- ☐ Zdjęcia po zabiegu zapisano.
- ☐ Nietypowe reakcje i uwagi po zabiegu zapisano.
- ☐ Kartę z numerem serii przekazano pacjentowi lub zapisano w dokumentacji.

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

Zalecenia po wypełniaczu z kwasu hialuronowego

Lista do omówienia z pacjentem i przekazania w formie pisemnej

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

PIERWSZA DOBA I PIERWSZE DNI

- ☐ Nie uciskać, nie masować i nie pocierać okolicy zabiegu, chyba że lekarz zaleci inaczej.
- ☐ Unikać intensywnego wysiłku, sauny, solarium i gorących kąpeli przez pierwsze dni.
- ☐ Unikać alkoholu w pierwszej dobie (nasila obrzęk i siniaki).
- ☐ Nie stosować makijażu na miejsca wkluć przez ustalony czas.
- ☐ Spać z uniesioną głową i na plecach w pierwszych dniach.
- ☐ Chłodzić krótkimi okresami przez osłonkę, bez bezpośredniego kontaktu lodu ze skórą.

KOLEJNE DNI

- ☐ Jeśli to możliwe, unikać zabiegów stomatologicznych i szczepień w ciągu 2 tygodni po zabiegu.
- ☐ Chronić skórę przed słońcem i stosować filtr.
- ☐ Nie planować ważnych wydarzeń przed ustąpieniem obrzęku i siniaków.
- ☐ Zgłaszać guzki, asymetrię i niepokojące zmiany podczas kontroli.

OBJAWY ALARMOWE: PILNY KONTAKT

- ☐ Silny lub narastający ból, bledność, sinienie lub pęcherze skóry.
- ☐ Zaburzenia widzenia, ból oka, podwójne widzenie.
- ☐ Dusznność, obrzęk twarzy i gardła, osłabienie lub objawy neurologiczne.
- ☐ Narastające zaczerwienienie, ocieplenie, ropna wydzielina lub gorączka.

Zalecenia po toksynie botulinowej

Lista do omówienia z pacjentem i przekazania w formie pisemnej

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

PIERWSZE GODZINY I PIERWSZA DOBA

- ☐ Nie pocierać i nie masować okolicy podania.
- ☐ Stosować się do zaleceń gabinetu dotyczących pozycji ciała w pierwszych godzinach.
- ☐ Unikać intensywnego wysiłku, sauny i gorących kąpielii przez pierwszą dobę.
- ☐ Unikać zabiegów na twarzy z uciskiem (masaż, urządzenia) przez ustalony czas.
- ☐ Unikać alkoholu w pierwszej dobie.

KOLEJNE DNI

- ☐ Efekt pojawia się po kilku dniach i osiąga maksimum po około 14 dniach.
- ☐ Mimika może być chwilowo ograniczona: to efekt oczekiwany.
- ☐ Nie oceniać efektu przed upływem 14 dni.
- ☐ Na kontroli po 14 dniach możliwa jest korekta małą dawką.
- ☐ Kolejny zabieg planować zgodnie z zaleceniem gabinetu (zwykle po kilku miesiącach).

OBJAWY ALARMOWE: PILNY KONTAKT

- ☐ **Opadanie powieki lub brwi, podwójne widzenie, trudności z połykaniem lub mówieniem.**
- ☐ **Duszność, osłabienie mięśni lub silne osłabienie ogólne.**
- ☐ Asymetria uśmiechu lub trudności z jedzeniem i piciem.
- ☐ Ból głowy, gorączka lub zaczerwienienie w miejscu wklucia.

Kontrola po 24 do 72 godzinach

Telefon lub wizyta: sprawdzenie, czy przebieg jest zgodny z oczekiwanym

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

FORMA KONTAKTU (TELEFON / WIZYTA)

GODZINA

PREPARAT I OKOLICA

PYTANIA DO PACJENTA

- ☐ Ból: nasilenie i charakter (narastający, pulsujący, uporczywy).
- ☐ Zmiana koloru skóry: błądź, sinienie, pęcherze.
- ☐ Obrzęk: zakres i tendencja.
- ☐ Zaburzenia widzenia, bóle głowy, zawroty głowy, nudności.
- ☐ Gorączka, ocieplenie, zaczerwienienie, ropna wydzielina.
- ☐ Przestrzeganie zaleceń pozabiegowych.

OCENA (PRZY WIZYCIE)

- ☐ Skóra: kolor i powrót kapilarny.
- ☐ Obrzęk i siniaki w stosunku do oczekiwanego przebiegu.
- ☐ Wstępna ocena symetrii (obrzęk może maskować efekt).
- ☐ Wyjaśniono, czego spodziewać się w kolejnych dniach.

DECYZJA

- ☐ Brak niepokojących objawów: kontynuacja zaleceń i zaplanowana kontrola.
- ☐ Objawy niepokojące: wizyta w ciągu doby.
- ☐ **Objawy alarmowe: natychmiastowa pomoc (karty X-01 do X-05).**
- ☐ Wynik kontroli zapisano w dokumentacji.

Kontrola po 14 dniach

Punkt oceny efektu toksyny i pierwszego wyniku wypełniacza

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

OCENA EFEKTU

- ☐ Symetria i kontur w spoczynku i w mimice.
- ☐ Porównanie ze zdjęciami przed zabiegiem (te same warunki).
- ☐ Toksyna: siła mięśnia i redukcja zmarszczek.
- ☐ Wypełniacz: obrys, konsystencja, guzki, obrzęk.
- ☐ Zadowolenie pacjenta i jego uwagi.

DECYZJA O KOREKCIE

- ☐ Toksyna: dokładka w miejscach niedostatecznego efektu, mała dawka.
- ☐ Wypełniacz: dokładka lub rozpuszczenie hialuronidazą, jeśli potrzebne.
- ☐ Ustalono okolice do korekty i termin.
- ☐ Poinformowano pacjenta o zasadach i kosztach korekty.

DOKUMENTACJA

- ☐ Zdjęcia kontrolne wykonano i zapisano.
- ☐ Zdarzenia niepożądane i reakcje odnotowano.
- ☐ Kolejną kontrolę lub wizytę zaplanowano.

UWAGI

WYKONAŁ/A (IMIĘ I NAZWISKO)

DATA I GODZINA

PODPIS

Kontrola po 4 do 6 tygodniach

Ocena efektu docelowego wypełniacza i decyzja o dokończeniu

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

EFEKT DOCELOWY

- ☐ Obrzęk ustąpił, a wynik jest stabilny.
- ☐ Oceniono objętość, projekcję i symetrię w spoczynku i w mimice.
- ☐ Oceniono nierówności, guzki i możliwość ich palpacyjnej oceny.
- ☐ Porównano zdjęcia z ocenami po 14 dniach i sprzed zabiegu.
- ☐ Zapisano opinię pacjenta o efekcie i komforcie.

DECYZJE

- ☐ Efekt zgodny z planem: zamknięcie etapu.
- ☐ Efekt niepełny: zaplanowano dokończenie (okolica, objętość, termin).
- ☐ Efekt nadmierny lub niepożądany: rozważono rozpuszczenie hialuronidazą.
- ☐ Zaplanowano kolejne etapy planu leczenia zgodnie z wynikiem.
- ☐ Poinformowano o czasie utrzymywania się efektu i terminie następnej wizyty.

RYZYKO ODLEGŁE

- ☐ Pacjent nie zgłasza późnych reakcji, guzków ani bólu.
- ☐ Pacjent wie, że reakcje opóźnione mogą pojawić się po tygodniach lub miesiącach.
- ☐ Pacjent zna sposób zgłoszenia niepokojących objawów.

Kontrola po 3 do 6 miesiącach i powtórzenie zabiegu

Decyzja o retreatment opiera się na stanie tkanek i wywiadzie, nie na kalendarzu

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

OCENA STANU

- ☐ Oceniono utrzymywanie się efektu toksyny i wypełniacza.
- ☐ Oceniono zmiany anatomii: utrata objętości, opadanie tkanek, jakość skóry.
- ☐ Oceniono skumulowaną ilość preparatu w danej okolicy.
- ☐ Oceniono, czy nie występują guzki, nierówności lub przewlekły obrzęk.

AKTUALIZACJA WYWIADU

- ☐ Zaktualizowano wywiad: leki, choroby, ciąża lub jej planowanie.
- ☐ Sprawdzone infekcje, szczepienia i zabiegi stomatologiczne od ostatniej wizyty.
- ☐ Sprawdzone reakcje po poprzednich zabiegach.
- ☐ Ponownie uzyskano zgodę przed każdym zabiegiem.

PLAN

- ☐ Ustalono okolice i termin powtórzenia zabiegu.
- ☐ W razie skumulowanej objętości zaplanowano przerwę lub inne podejście.
- ☐ Rozważono biostymulator lub zabieg na skórę zamiast dalszego dodawania objętości.
- ☐ Zaktualizowano plan leczenia i kosztorys.

Ocena wyniku i satysfakcji

Skala poprawy (GAIS) i ocena elementów wyniku

PACJENT (INICJAŁY / NR KARTY)

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA

SKALA OGÓLNEJ POPRAWY ESTETYCZNEJ (GAIS)

SKALA GAIS	1	2	3	4	5	UWAGI
Ocena lekarza	☐	☐	☐	☐	☐	
Ocena pacjenta	☐	☐	☐	☐	☐	

1: bardzo duża poprawa, 2: duża poprawa, 3: poprawa, 4: bez zmian, 5: pogorszenie.

ELEMENTY WYNIKU (1: BARDZO DOBRZE, 5: ŹLE)

ELEMENT OCENY	1	2	3	4	5	UWAGI
Symetria	☐	☐	☐	☐	☐	
Naturalność efektu	☐	☐	☐	☐	☐	
Kontur i proporcje	☐	☐	☐	☐	☐	
Komfort po zabiegu	☐	☐	☐	☐	☐	
Czas powrotu do aktywności	☐	☐	☐	☐	☐	
Komunikacja i opieka gabinetu	☐	☐	☐	☐	☐	

WNIOSKI

- ☐ Pacjent zgłosił uwagi i wątpliwości; zapisano je w karcie.
- ☐ Oceniono, czy oczekiwania zostały spełnione.
- ☐ Ustalono, czy pacjent poleciłby gabinet, i zapisano powody odpowiedzi.
- ☐ Wnioski uwzględniono w planie kolejnych zabiegów.

Telefon od pacjenta z niepokojącymi objawami

Ustandaryzowany wywiad telefoniczny i decyzja o dalszym postępowaniu

PACJENT (NR KARTY)

DATA I GODZINA

OSOBA PRZYJMUJĄCA

ZABIEG, OKOLICA, PREPARAT

DATA ZABIEGU

PYTANIA OBOWIĄZKOWE: ZADAJ WSZYSTKIE

- ☐ Kiedy i gdzie wykonano zabieg i jaki preparat podano?
- ☐ Czy występuje ból i czy narasta?
- ☐ Czy skóra jest blada, sina, marmurkowa lub pokryta pęcherzami?
- ☐ Czy występują zaburzenia widzenia, ból oka lub podwójne widzenie?
- ☐ Czy występuje ból głowy, nudności, zawroty głowy, osłabienie lub zaburzenia mowy?
- ☐ Czy występuje duszność lub obrzęk gardła i twarzy?
- ☐ Czy występują gorączka, zaczerwienienie, ocieplenie lub ropna wydzielina?

DECYZJA

- ☐ **Objawy oczne, neurologiczne lub duszność: natychmiast wezwij pomoc (112).**
- ☐ **Ból, błądność lub sinienie skóry: natychmiastowa wizyta w gabinecie lub pomoc medyczna.**
- ☐ Zaczerwienienie i ocieplenie bez objawów ogólnych: wizyta w ciągu 24 godzin.
- ☐ Obrzęk i siniaki zgodne z oczekiwanym przebiegiem: zalecenia i kontrola wg planu.
- ☐ Rozmowę, decyzję i godzinę zapisano w dokumentacji.

ZASADA

Przy objawach alarmowych nie stawiaj diagnozy przez telefon. W razie wątpliwości zaproś pacjenta na pilną wizytę lub skieruj go do pomocy medycznej.

VII

KONTROLA JAKOŚCI GABINETU



Przeglądy codzienne, tygodniowe i miesięczne, dziennik partii preparatów, rejestr zdarzeń i szkolenia zespołu.

Q-01	Przegląd codzienny gabinetu	111
Q-02	Przegląd tygodniowy gabinetu	112
Q-03	Przegląd miesięczny zestawu awaryjnego	113
Q-04	Dziennik partii preparatów	114
Q-05	Rejestr zdarzeń niepożądanych	115
Q-06	Szkolenie zespołu i ćwiczenia	116

Przegląd dzienny gabinetu

Kontrola przed pierwszym pacjentem

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA PRZEGLĄD

PODPIS

PUNKT KONTROLNY	OK	UWAGI
Powierzchnie, fotel i lampa zdezynfekowane	☐	
Temperatura lodówki na preparaty w zakresie; odczyt zapisany	☐	
Zestaw awaryjny na miejscu i kompletny	☐	
Hialuronidaza obecna i w terminie ważności	☐	
Adrenalina obecna i w terminie ważności	☐	
Telefon i numery alarmowe dostępne	☐	
Pojemnik na ostre odpady nie jest przepełniony	☐	
Materiały jednorazowe uzupełnione	☐	
Dozowniki mydła i środka do dezynfekcji pełne	☐	
Lustro i oświetlenie sprawne	☐	
Formularze zgód i karty zabiegowe dostępne	☐	
Harmonogram pacjentów sprawdzony pod kątem okolic wysokiego ryzyka	☐	
Zespół zna podział ról w sytuacji alarmowej	☐	
Odpady medyczne odebrane zgodnie z harmonogramem	☐	

Przegląd tygodniowy gabinetu

Porządek, terminy ważności i przegląd zdarzeń tygodnia

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA PRZEGLĄD

PODPIS

PUNKT KONTROLNY	OK	UWAGI
Zapasy uporządkowane, najstarsze partie używane w pierwszej kolejności	☐	
Daty ważności preparatów, roztworów i środków dezynfekcyjnych sprawdzone	☐	
Ciśnieniomierz, pulsoksymetr i glukometr sprawne	☐	
Wentylacja i nawiewy czyste	☐	
Lodówka: czystość i zapisy temperatury z całego tygodnia	☐	
Przegląd zgłoszeń pacjentów i zdarzeń niepożądanych z tygodnia	☐	
Dokumentacja tygodnia kompletna (zgody, karty, zdjęcia)	☐	
Kopie zapasowe zdjęć i dokumentacji elektronicznej wykonane	☐	
Kontrole po 24 do 72 godzinach i po 14 dniach wykonane	☐	
Odbiór odpadów potwierdzony	☐	

Przegląd miesięczny zestawu awaryjnego

Ilości, terminy ważności i gotowość zespołu

DATA

OSOBA WYKONUJĄCA PRZEGLĄD

PODPIS

ELEMENT	ILOŚĆ	WAŻNOŚĆ DO	WYMIANA DO	OK
Hialuronidaza				☐
Roztwór do rozpuszczenia hialuronidazy				☐
Adrenalina				☐
Leki przeciwhistaminowe				☐
Kortykosteroid do podania parenteralnego				☐
Strzykawki i igły do wstrzyknięć				☐
Tlen z maską				☐
Jałowe gaziki i okłady				☐
Cięśnieniomierz, pulsoksymetr, glukometr				☐
Protokoły postępowania (wersja aktualna)				☐

KONTROLA GOTOWOŚCI

- ☐ Zestaw sprawdziły co najmniej dwie osoby.
- ☐ Braki uzupełniono i zapisano datę uzupełnienia.
- ☐ Każdy członek zespołu potrafi wskazać położenie zestawu.
- ☐ Numery alarmowe i kontakty do okulisty i najbliższego SOR są aktualne.

Dziennik partii preparatów

Powiązanie preparatu, serii i pacjenta

MIESIĄC I ROK

PROWADZĄCY DZIENNIK

DATA	PREPARAT	SERIA	WAŻNOŚĆ	PACJENT (NR)	OKOLICA	ILOŚĆ

Rejestr zdarzeń niepożądanych

Każde zdarzenie zapisane, ocenione i wykorzystane do poprawy

ROK

PROWADZĄCY REJESTR

DATA	PACJENT (NR)	PREPARAT I SERIA	ZDARZENIE	POSTĘPOWANIE	ZGŁOSZONE (T/N)

Szkolenie zespołu i ćwiczenia

Umiejętności awaryjne utrzymuje się ćwiczeniem, nie samą wiedzą

ROK

OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA SZKOLENIA

TEMAT	DATA	UCZESTNICY	PODPIS
Rozpoznanie i leczenie okluzji naczyniowej (ćwiczenie symulacyjne)			
Anafilaksja: pozycja, adrenalina, wezwanie pomocy			
Aseptyka i higiena rąk			
Postępowanie po zdarzeniu i dokumentacja			
Nowe preparaty i techniki			
Rozmowa z pacjentem: zgoda i omówienie ryzyka			

KONTROLA UMIEJĘTNOŚCI

- ☐ Ćwiczenie symulacyjne okluzji naczyniowej wykonano w ustalonym cyklu.
- ☐ Każdy członek zespołu zna swoją rolę w sytuacji alarmowej.
- ☐ Każdy członek zespołu zna numer alarmowy i sposób wezwania pomocy.
- ☐ Po każdym ćwiczeniu zapisano wnioski i zmiany w procedurach.
- ☐ Nowi członkowie zespołu przeszli szkolenie wprowadzające przed pierwszym zabiegiem.

VIII

ZAŁĄCZNIKI



Skróty i pojęcia, terminarz kontroli, kontakty alarmowe oraz miejsce na notatki.

Z-01	Skróty i pojęcia	118
Z-02	Terminarz kontroli	119
Z-03	Kontakty alarmowe	120
Z-04	Notatki operatora	121

Skróty i pojęcia

Słowniczek używany w pakiecie

SKRÓT LUB POJĘCIE	ZNACZENIE
HA	Kwas hialuronowy
ChPL	Charakterystyka produktu leczniczego
CE	Oznaczenie zgodności wyrobu medycznego z wymaganiami prawa Unii Europejskiej
DAO	Mięsień obniżacz kąta ust
GAIS	Skala ogólnej poprawy estetycznej (od 1 do 5)
SOR	Szpitalny oddział ratunkowy
URPL	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
RODO	Rozporządzenie o ochronie danych osobowych
L / P	Lewa i prawa strona pacjenta
Okluzja naczyniowa	Zamknięcie światła naczynia przez preparat lub jego ucisk, prowadzące do niedokrwienia
Efekt Tyndalla	Sinawy odcień skóry przy zbyt powierzchownym podaniu wypełniacza
Bolus	Pojedyncza porcja preparatu podana w jeden punkt
Powrót kapilarny	Czas powrotu koloru skóry po uciśnięciu; wydłużony przy niedokrwieniu
Biofilm	Warstwa drobnoustrojów wokół materiału, mogąca powodować przewlekły stan zapalny
Ptoza	Opadanie powieki lub brwi
Hialuronidaza	Enzym rozkładający kwas hialuronowy, stosowany do rozpuszczania wypełniaczy HA

Terminarz kontroli

Orientacyjne terminy kontroli po zabiegach oraz miejsce na własny harmonogram

ZABIEG	KONTROLA 1	KONTROLA 2	KONTROLA 3
Toksyna botulinowa	24 do 72 godzin (kontakt)	14 dni: ocena i korekta	3 do 6 miesięcy: powtórzenie
Wypełniacz HA: bruzdy, policzki, żuchwa	24 do 72 godzin	14 dni	4 do 6 tygodni: dokładka
Wypełniacz HA: okolica podoczodołowa	24 do 72 godzin	14 dni	4 do 6 tygodni
Wypełniacz HA: nos, gładzizna, czoło	24 do 48 godzin (wizyta)	14 dni	4 do 6 tygodni
Wypełniacz HA: wargi	24 do 72 godzin	14 dni	4 do 6 tygodni
Biostymulator	24 do 72 godzin	wg zaleceń producenta	wg zaleceń producenta
Po powikłaniu	wg protokołu	codziennie do ustąpienia objawów	do zamknięcia przypadku

WŁASNY HARMONOGRAM KONTROLI

PACJENT (NR)	ZABIEG	KONTROLA 1	KONTROLA 2	KONTROLA 3

Kontakty alarmowe

Numery, które muszą być pod ręką w sytuacji zagrożenia

INSTYTUCJA LUB OSOBA	TELEFON	ADRES I UWAGI
Pogotowie ratunkowe	112	
Okulista dyżurny		
Najbliższy SOR		
Konsultant chirurg lub dermatolog		
Neurolog dyżurny		
Dostawca hialuronidazy		
Dystrybutor preparatów		
Ubezpieczyciel odpowiedzialności cywilnej		
Prawnik		
Inspektor ochrony danych		

UWAGA

Uzupełnij kontakty i sprawdzaj ich aktualność podczas przeglądu miesięcznego (karta Q-03).

Miejsce na obserwacje, wnioski i pytania do konsultacji

NOTATKI