

Συναίνεση Βιοδιεγέρτων Ενέσιμων (Sculptra/Radiesse)

Ενημερωμένη συναίνεση για ενέσιμα που διεγείρουν κολλαγόνο όπως το πολυ-L-γαλακτικό οξύ (Sculptra) και το υδροξυαπατίτη ασβεστίου (Radiesse)

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Προϊόν *

- ☐ Sculptra (πολυ-L-γαλακτικό οξύ) ☐ Radiesse (υδροξυαπατίτη ασβεστίου)
☐ Hyperdilute Radiesse (ποιότητα δέρματος) ☐ Άλλη βιοδιεγέρτης ουσία

Περιοχές Θεραπείας *

- ☐ Μάγουλα / Μέσο πρόσωπο ☐ Κροταφές
☐ Σαγόني ☐ Πηγούνι
☐ Λαιμός ☐ Χέρια
☐ Γλουτοί / Εσοχές ισχίου ☐ Σώμα (βραχίονες, γόνατα, κοιλιά)

Έχετε ποτέ δεχθεί ένεση βιοδιεγέρτης ουσίας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, προϊόν, περιοχή, ημερομηνία και τυχόν κόμβοι ή αντιδράσεις

Έχετε υαλουρονικό οξύ ή μόνιμο γεμιστικό στην περιοχή θεραπείας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να κάνετε παιδί ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα ακόλουθα;

- ☐ Αυτοάνοσο νόσημα (λύκος, ΡΑ, ΣΚΠ, κλπ.)
- ☐ Διαταραχή αιμορραγίας ή λήψη αραιωτικών αίματος
- ☐ Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ Ιστορικό κελοειδών ή υπερτροφικών ουλών
- ☐ Καρκίνος (τρέχων ή τα τελευταία 5 χρόνια)
- ☐ Ανοσοκατεστολμένη / διαταραχή ανοσίας
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε ενεργή δερματική λοίμωξη, ακμή ή φλεγμονή στην περιοχή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Σχηματίζετε κελοειδή ή υπερτροφικές ουλές; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Είστε αλλεργικοί στη λιδοκαΐνη ή άλλα τοπικά αναισθητικά; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε οδοντιατρική εργασία προγραμματισμένη τις επόμενες 2 εβδομάδες ή έγινε τις τελευταίες 2 εβδομάδες; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Ζητάτε θεραπεία της υπο-οφθαλμικής περιοχής ή των χειλιών; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχουσες φαρμακευτικές αγωγές και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Πιθανοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Μώλωπας, πρήξιμο, ευαισθησία και ερύθημα στις θέσεις ένεσης για έως 1-2 εβδομάδες
- Κόμβοι ή παπούλες — μικρές σκληρές εξογκώσεις κάτω από το δέρμα που μπορεί να εμφανιστούν εβδομάδες έως μήνες μετά τη θεραπεία· τα περισσότερα δεν παρατηρούνται αλλά κάποια μπορεί να απαιτήσουν θεραπεία
- Κοκκιώματα — φλεγμονώδεις εξογκώσεις (σπάνια) που μπορεί να είναι επίμονες
- Ασυμμετρία ή ανομοιόμορφα αποτελέσματα
- Λοίμωξη και βιοφίλμη
- Αγγειακή απόφραξη — εμφράξιμο αγγείου αίματος που μπορεί να προκαλέσει βλάβη του ιστού και, σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, απώλεια όρασης· οι βιοδιεγέρτες δεν μπορούν να διαλυθούν με υαλουρονιδάση
- Καθυστερημένο ή ανικανοποίητο αποτέλεσμα — τα αποτελέσματα δημιουργούνται σταδιακά κατά τη διάρκεια 2-6 μηνών

Τα αποτελέσματα είναι σταδιακά και εξαρτώνται από τη δική σας αντίδραση κολλαγόνου. Μια σειρά από 2-3 συνεδρίες ανά 4-6 εβδομάδες είναι τυπική. Οι οδηγίες μασάζ ("5-5-5" για Sculptra) πρέπει να ακολουθηθούν.

Κατανοώ ότι οι βιοδιεγέρτες μπορούν να προκαλέσουν κόμβους ή κοκκιώματα που μπορεί να εμφανιστούν μήνες αργότερα, ότι δεν μπορούν να διαλυθούν με υαλουρονιδάση και ότι η θεραπεία των επιπλοκών μπορεί να χρειαστεί χρόνο.

Κατανοώ τον κίνδυνο κόμβων και ότι το προϊόν δεν μπορεί να διαλυθεί: _____

Κατανοώ ότι η αγγειακή απόφραξη είναι σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή και ότι πρέπει να αναζητήσω άμεση φροντίδα για ασυνήθιστο πόνο, λευκότητα, χρωματισμένο δέρμα ή αλλαγές στην όραση μετά τη θεραπεία.

Κατανοώ τον κίνδυνο αγγειακής απόφραξης: _____

Απελευθέρωση Φωτογραφιών

Μπορούμε να τραβήξουμε φωτογραφίες πριν και μετά τη θεραπεία για το αρχείο σας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου αρχείο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τις χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για διαφήμιση
- ☐ Όχι

Αρχείο Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Προϊόν / Αριθμός Παρτίδας	Δόση / Όγκος
Καταχώριση 1				
Καταχώριση 2				
Καταχώριση 3				
Καταχώριση 4				
Καταχώριση 5				
Καταχώριση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Δίνω τη συναίνεσή μου για θεραπεία με ένεση βιοδιεγέρτη. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές και τις πιθανές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων κόμβων, κοκκιωμάτων και αγγειακής απόφραξης. Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα είναι σταδιακά και ποικίλλουν μεταξύ των ατόμων και ότι δεν έχει δοθεί καμία εγγύηση αποτελέσματος. Απελευθερώνω τον πάροχο και την κλινική από ευθύνη που σχετίζεται με αυτή τη θεραπεία εκτός σε περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.