

바이오테스티모네이터 주입제 동의서 (스컬프트라/라디에스)

폴리-L-락티산(스컬프트라) 및 칼슘 하이드록시아파타이트(라디에스) 등 콜라겐 자극 주입제에 대한 사전동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 상세정보

제품 *

☐ 스컬프트라(폴리-L-락티산)

☐ 라디에스(칼슘 하이드록시아파타이트)

☐ 하이퍼딜루트 라디에스(피부 질감 개선)

☐ 기타 바이오테스티모네이터

시술 부위 *

☐ 볼 / 미드페이스

☐ 관자놀이

☐ 턱선

☐ 턱

☐ 목

☐ 손

☐ 엉덩이 / 힙 업

☐ 바디(팔, 무릎, 복부)

이전에 바이오테스티모네이터 주입을 받은 적이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

있다면 제품, 부위, 날짜 및 결절 또는 반응 여부

시술 부위에 히알루론산 또는 영구 필러가 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

의료 이력

현재 임신 중이거나 임신을 시도 중이거나 모유 수유 중입니까? *

☐ 예

☐ 아니오

다음 중 해당되는 것이 있습니까?

- | | |
|---|---|
| ☐ 자가면역질환(루푸스, 류마티스관절염, 다발성경화증 등) | ☐ 출혈 장애 또는 항응고제 복용 중 |
| ☐ 당뇨병 | ☐ 켈로이드 또는 비후성 반흔 병력 |
| ☐ 암(현재 또는 지난 5년 이내) | ☐ 면역억제 / 면역 장애 |
| ☐ 위의 어느 것도 해당 안 함 | |

현재 부위에 피부 감염, 여드름 또는 염증이 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

켈로이드 또는 비후성 반흔을 형성합니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

리도카인 또는 기타 국소 마취제에 알레르기가 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

지난 2주 또는 향후 2주 내에 치과 시술이 계획되거나 완료되었습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

눈 아래 또는 입술 부위 시술을 요청하고 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

현재 복용 중인 약물 및 보충제

알레르기(약물, 라텍스, 리도카인, 마취제)

위험 및 합병증

잠재적 위험 및 합병증:

- 주입 부위의 타박상, 부종, 압통 및 발적 — 최대 1~2주까지 지속 가능
- 결절 또는 구진 — 시술 후 몇 주~몇 개월 후 나타날 수 있는 피부 아래의 작은 단단한 응기; 대부분 자연 소실되지만 일부는 시술 필요 가능
- 육아종 — 염증성 혹(드물지만) 지속될 수 있음
- 비대칭 또는 고르지 않은 결과
- 감염 및 바이오필름
- 혈관 폐색 — 혈관 폐쇄로 인한 조직 손상 및 극히 드문 경우 시력 상실; 바이오스티뮬레이터는 히알루로니다제로 용해 불가능
- 지연되거나 불만족스러운 결과 — 결과는 2~6개월에 걸쳐 점진적으로 나타남

결과는 점진적이며 개인의 콜라겐 재생 반응에 따라 달라집니다. 일반적으로 4~6주 간격으로 2~3회의 시술이 필요합니다. 마사지 지침(스컬프트라의 경우 「5-5-5」)을 반드시 따라야 합니다.

바이오스티뮬레이터는 몇 개월 후 나타날 수 있는 결절 또는 육아종을 유발할 수 있으며, 히알루로니다제로 용해될 수 없고, 합병증 치료에 시간이 걸릴 수 있다는 것을 이해합니다.

결절이 발생할 수 있고 제품을 용해할 수 없다는 위험을 이해합니다:

혈관 폐색은 드물지만 심각한 합병증이며, 시술 후 비정상적인 통증, 창백함, 반상 피부 또는 시력 변화가 있으면 즉시 진료를 받아야 한다는 것을 이해합니다.

혈관 폐색의 위험을

이해합니다: _____

사진 사용 동의

시술 기록을 위해 사전·사후 사진을 촬영할 수 있습니까? *

☐ 예 — 의료 기록 목적만

☐ 예 — 익명으로 마케팅에 사용 가능

☐ 아니오

시술 기록

사무실 용도만

	날짜	부위	제품 / 로트 번호	용량 / 부피
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

나는 바이오스티му레이터 주입제 시술에 자발적으로 동의합니다. 결절, 육아종, 혈관 폐색을 포함한 이점, 위험, 대체 방법 및 잠재적 합병증에 대해 충분히 설명을 받았습니다. 결과는 점진적이며 개인에 따라 다르며 결과를 보장한다는 약속이 없다는 것을 이해합니다. 과실이 아닌 경우 이 시술과 관련된 책임에 대해 의료진 및 의료 기관으로부터 책임을 면제합니다.

위의 정보를 읽고 이해했으며 사전 동의를 제공함을 확인합니다.

위의 정보를 읽고

이해했습니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공합니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.