

Consimțământ pentru Injectabile Biostimulatoare (Sculptra/Radiesse)

Consimțământ informat pentru injectabile biostimulatoare de collagen, precum acidul poli-L-lactic (Sculptra) și hidroxiapatita de calciu (Radiesse)

Informații despre Client

Prenume *

Nume de familie *

Adresă de Email *

Număr de Telefon *

Data Nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Detalii despre Tratament

Produs *

☐ Sculptra (acid poli-L-lactic)

☐ Radiesse (hidroxiapatită de calciu)

☐ Radiesse Hiperdiluat (calitatea pielii)

☐ Alt biostimulator

Zone de tratament *

☐ Obraji / Zona mijlocie a feței

☐ Tâmples

☐ Linia maxilarului

☐ Bărbie

☐ Gât

☐ Mâini

☐ Fese / Depresiuni la șold

☐ Corp (brațe, genunchi, abdomen)

Ați mai avut anterior o injecție cu biostimulator? *

☐ Da ☐ Nu

Dacă da, produsul, zona, data și orice noduli sau reacții

Aveți acid hialuronic sau filler permanent în zona de tratament? *

☐ Da ☐ Nu

Istoric Medical

Sunteți însărcinată, încercați să rămâneți însărcinată sau alăptați? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți vreuna dintre următoarele?

- ☐ Afecțiune autoimună (lupus, poliartrită reumatoidă, scleroză multiplă etc.)
- ☐ Tulburare de coagulare sau tratament cu anticoagulante
- ☐ Diabet
- ☐ Istoric de cicatrici cheloide sau hipertrofice
- ☐ Cancer (actual sau în ultimii 5 ani)
- ☐ Imunosupresie / afecțiune a sistemului imunitar
- ☐ Niciuna dintre cele de mai sus

Aveți infecție cutanată activă, acnee sau inflamație în zonă? *

- ☐ Da ☐ Nu

Formați cicatrici cheloide sau hipertrofice? *

- ☐ Da ☐ Nu

Sunteți alergic(ă) la lidocaină sau la alte anestezice locale? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți lucrări dentare programate în următoarele 2 săptămâni sau efectuate în ultimele 2 săptămâni? *

- ☐ Da ☐ Nu

Solicitați tratament pentru zona din jurul ochilor sau pentru buze? *

- ☐ Da ☐ Nu

Medicamente și suplimente curente

Alergii (medicamente, latex, lidocaină, anestezice)

Riscuri și Complicații

Riscuri și Complicații Potențiale:

- Vânătași, umflături, sensibilitate și roșeață la locurile de injectare, care pot dura până la 1-2 săptămâni
- Noduli sau papule — umflături mici și ferme sub piele, care pot apărea la săptămâni sau luni după tratament; majoritatea dispar, dar unele pot necesita tratament
- Granuloame — umflături inflamatorii (rare), care pot fi persistente
- Asimetrie sau rezultate inegale
- Infecție și biofilm
- Ocluzie vasculară — blocarea unui vas de sânge, care poate cauza leziuni tisulare și, în cazuri extrem de rare, pierderea vederii; biostimulatorii nu pot fi dizolvați cu hialuronidază
- Rezultat întârziat sau nesatisfăcător — rezultatele se dezvoltă treptat pe parcursul a 2-6 luni

Rezultatele sunt graduale și depind de propriul răspuns colagenic. De regulă, este necesară o serie de 2-3 ședințe, la interval de 4-6 săptămâni. Instrucțiunile de masaj („5-5-5” pentru Sculptra) trebuie respectate.

Înțeleg că biostimulatorii pot provoca noduli sau granuloame care pot apărea luni mai târziu, că aceștia nu pot fi dizolvați cu hialuronidază și că tratarea complicațiilor poate dura un timp.

Înțeleg riscul apariției nodulilor și faptul că produsul nu poate fi dizolvat: _____

Înțeleg că ocluzia vasculară este o complicație rară, dar gravă, și că trebuie să solicit îngrijire medicală imediată în cazul unei dureri neobișnuite, paloare, piele pătată sau modificări ale vederii după tratament.

Înțeleg riscul de ocluzie vasculară: _____

Acord Fotografii

Ne permiteți să facem fotografii înainte și după tratament pentru dosarul dumneavoastră medical? *

- ☐ Da — doar pentru dosarul meu medical
- ☐ Da — și le puteți folosi anonim în scopuri de marketing
- ☐ Nu

Registru de Servicii

Doar pentru uz intern

	Data	Zonă	Produs / Nr. Lot	Doză / Volum
Intrare 1				
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ și Semnătură

Consimt în mod voluntar la tratamentul injectabil cu biostimulator. Am fost informat(ă) cu privire la beneficii, riscuri, alternative și posibile complicații, inclusiv noduli, granuloame și ocluzie vasculară. Înțeleg că rezultatele sunt graduale și variază de la o persoană la alta și că nu s-a făcut nicio garanție privind rezultatul. Eliberez furnizorul și practica medicală de orice răspundere legată de acest tratament, cu excepția cazurilor de neglijență.

Confirm că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și îmi dau consimțământul informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.