

Информированное согласие на биостимулирующие инъекции (Sculptra/Radiesse)

Информированное согласие на инъекции, стимулирующие выработку коллагена, такие как поли-L-молочная кислота (Sculptra) и гидроксиапатит кальция (Radiesse)

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали лечения

Препарат *

- ☐ Sculptra (поли-L-молочная кислота) ☐ Radiesse (гидроксиапатит кальция)
☐ Hyperdilute Radiesse (качество кожи) ☐ Другой биостимулятор

Области лечения *

- ☐ Щеки / Средняя часть лица ☐ Виски ☐ Линия челюсти
☐ Подбородок ☐ Шея ☐ Руки
☐ Ягодицы / Впадины в бедрах ☐ Тело (руки, колени, живот)

Вы когда-нибудь делали инъекции биостимулятора ранее? *

- ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите препарат, область, дату и любые узелки или реакции

У вас есть гиалуроновая кислота или постоянный наполнитель в области лечения? *

- ☐ Да ☐ Нет

Медицинская история

Вы беременны, планируете беременность или кормите грудью? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть какие-либо из следующих состояний?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, ревматоидный артрит, рассеянный склероз и т. д.)
- ☐ Нарушение свертываемости крови или прием антикоагулянтов
- ☐ Сахарный диабет
- ☐ История образования келоидных или гипертрофических рубцов
- ☐ Рак (текущий или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / нарушение иммунитета
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

У вас есть активная кожная инфекция, акне или воспаление в этой области? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вы склонны к образованию келоидов или гипертрофических рубцов? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас аллергия на лидокаин или другие местные анестетики? *

- ☐ Да ☐ Нет

Запланирована ли у вас стоматологическая работа в течение следующих 2 недель или она была проведена в последние 2 недели? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вы запрашиваете лечение подглазничной области или губ? *

- ☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Возможные риски и осложнения:

- Синяки, отек, болезненность и покраснение в местах инъекций в течение 1-2 недель
- Узелки или папулы — небольшие плотные бугорки под кожей, которые могут появиться через недели или месяцы после процедуры; большинство разрешаются, но некоторые могут требовать лечения
- Гранулемы — воспалительные уплотнения (редко), которые могут быть стойкими
- Асимметрия или неравномерные результаты
- Инфекция и биопленка
- Сосудистая окклюзия — закупорка кровеносного сосуда, которая может вызвать повреждение тканей и в исключительно редких случаях потерю зрения; биостимуляторы не могут быть растворены гиалуронидазой
- Отсроченный или неудовлетворительный результат — результаты накапливаются постепенно в течение 2-6 месяцев

Результаты накапливаются постепенно и зависят от вашей собственной реакции коллагена. Типичным является серия из 2-3 сеансов с интервалом 4-6 недель. Необходимо следовать инструкциям по массажу («5-5-5» для Sculptra).

Я понимаю, что биостимуляторы могут вызвать узелки или гранулемы, которые могут появиться месяцы спустя, что препарат не может быть растворен гиалуронидазой и что лечение осложнений может занять время.

Я понимаю риск образования узелков и что препарат не может быть растворен: _____

Я понимаю, что сосудистая окклюзия — это редкое, но серьезное осложнение, и что я должен немедленно обратиться за помощью при необычной боли, побледнении, пятнистости кожи или изменениях зрения после процедуры.

Я понимаю риск сосудистой окклюзии: _____

Разрешение на фотографии

Можем ли мы сделать фото до и после для вашей медицинской карты? *

- ☐ Да — только для моей медицинской карты
- ☐ Да — и вы можете использовать их анонимно в маркетинговых целях
- ☐ Нет

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Препарат / Номер партии	Доза / Объем
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно согласен на лечение инъекциями биостимулятора. Мне были объяснены преимущества, риски, альтернативы и возможные осложнения, включая узелки, гранулемы и сосудистую окклюзию. Я понимаю, что результаты накапливаются постепенно и варьируются между людьми и что никаких гарантий результата дано не было. Я освобождаю клинику и медицинское учреждение от ответственности, связанной с этим лечением, кроме случаев халатности.

Я подтверждаю, что ознакомился с вышеизложенной информацией и даю свое информированное согласие.

Я ознакомился и понимаю вышеизложенную информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.