

# ใบยินยอมการทำเคมีคัลพีล

ใบยินยอมที่ให้ข้อมูลสำหรับการรักษาเคมีคัลพีลรวมถึงพีลแบบกลีโคลิก แคลิโซลิก TCA และฟีนอล

## ข้อมูลลูกค้า

ชื่อ \*

นามสกุล \*

ที่อยู่อีเมล \*

หมายเลขโทรศัพท์ \*

วันเดือนปีเกิด \*

DD / MM / YYYY

## รายละเอียดการทำพีล

ประเภทของเคมีคัลพีล \*

☐ ผิวลอก (กลีโคลิก นม แคลิโซลิก) ☐ ความลึกปานกลาง (TCA 15-35%) ☐ ลึก (TCA 50%+ หรือฟีนอล)

พื้นที่การรักษา \*

☐ หน้าเต็ม ☐ คอ ☐ อกและบริเวณลำคอ  
☐ มือ ☐ หลัง

เป้าหมายของการรักษา \*

☐ สิวและแผลเป็นจากสิว ☐ การเสียมากเกินไปและความเสียหายจากแดด  
☐ เส้นรอยเหี่ยวย่นและริ้วรอย ☐ การปรับปรุงผิวหนังให้สม่ำเสมอ  
☐ สิวไม่สม่ำเสมอ

## การคัดกรองผิวหนังและสุขภาพ

ประเภทผิวหนังฟิตซ์แพทริก \*

☐ ประเภท I - โห้เสมอ ไม่เคยแทนสี ☐ ประเภท II - โห้ปกติ แทนสีน้อยที่สุด ☐ ประเภท III - โห้บ้าง แทนสีสม่ำเสมอ  
☐ ประเภท IV - โห้น้อยที่สุด แทนสีได้ง่าย ☐ ประเภท V - โห้ได้ยาก แทนสีเข้ม ☐ ประเภท VI - ไม่เคยโห้ มีสีเข้มลึก

คุณกำลังใช้เรตินอยด์ (Retin-A เทรตินอยน์ เรตินอล) อยู่หรือไม่ \*

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณได้สัมผัสแดดอย่างมากหรือถูกแดดไหมในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ \*

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีการติดเชื้อผิวหนังที่ใช้งานอยู่ แผลเปิด หรือหนองน้ำในบริเวณการรักษาอยู่หรือไม่ \*

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณได้บริหารไอโซเตรตินอยน์ (Accutane) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ \*

☐ ใช่ ☐ ไม่

## ความเสี่ยงและการฟื้นตัวที่คาดหว้ง

### ผลที่คาดหว้ง:

- การเกิดสีแดง การมีความรู้สึกเจ็บปวด และความอับระหว่างและหลังการรักษา
- การบริหารและการเลื่อนลอยของผิวหน้าเป็นเวลา 3-10 วัน (แตกต่างกันตามความลึกของการทำฟิล)
- ความรู้สึกอึดอัดชั่วคราวและความแห้ง

### ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น:

- การเกิดสีแดงที่ยาวนานหรือการระคายเคือง
- การเสียมากเกินไปหรือความไม่พอ (โดยเฉพาะในผิวหน้าสีเข้ม)
- การเกิดแผลเป็น (ที่หายากมากขึ้นในกรณีของการทำฟิลที่ลึกกว่า)
- การติดเชื้อ (แบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา)
- ปฏิกิริยาแพ้ยา หรือความไวต่อสารบางชนิด
- การกลับมาของเชื้อเฮอร์เปส (หนองน้ำ)
- ผลลัพธ์ที่ไม่สม่ำเสมอหรือเส้นตาดขาด

### ข้อกำหนดการดูแลหลังการรักษา:

- การหลีกเลี่ยงแดดอย่างเคร่งครัด และการใช้ครีมกันแดด SPF 30+ ทุกวัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
- อย่าเกาหรือเลื่อนลอยผิวหน้า
- ให้ผิวหน้าในบริเวณที่รักษาขึ้นตามทีระบุไว้
- หลีกเลี่ยงการดูแลผิวหน้าที่ใช้งาน (เรตินอยด์ AHA BHA) จนกว่าจะได้รับการอนุมัติจากผู้ให้บริการ

ฉันเข้าใจกระบวนการฟื้นตัวที่คาดหว้งและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาเคมีคัลฟิล รวมถึงความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงสี การเกิดแผลเป็น และความจำเป็นของการป้องกันแดดอย่างเคร่งครัด

ฉันเข้าใจกระบวนการฟื้นตัวและความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการทำฟิลเคมีคัล:

## บันทึกการให้บริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

|          | วันที่ | ผลิตภัณฑ์ | ความเข้มข้น | เวลาการใช้งาน |
|----------|--------|-----------|-------------|---------------|
| รายการ 1 |        |           |             |               |
| รายการ 2 |        |           |             |               |
| รายการ 3 |        |           |             |               |
| รายการ 4 |        |           |             |               |

## ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมการรักษาเคมีคัลฟิลตามที่อธิบายข้างต้น ฉันได้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและเข้าใจความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกอื่น ฉันตกลงที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งหมดก่อนและหลังการรักษา ไม่มีการรับประกันเกี่ยวกับผลลัพธ์

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้นและให้ความยินยอมที่ชาญฉลาด

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น:

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ \*

DD / MM / YYYY

### แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แพลตฟอร์มใช้ได้ทั้งที่ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน  
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ