

ใบยินยอมการเก็บเลือด และการบำรุงกวางซา

ใบยินยอมที่ได้รับการชี้แจงสำหรับการรักษาด้วยเก็บเลือด และการบำรุงกวางซา พร้อมกับความคาดหวังเกี่ยวกับรอยฟ้า

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดการรักษา

การรักษาที่ขอได้ *

☐ เก็บเลือดแบบแห้ง (จริง)

☐ เก็บเลือดแบบเลื่อน / นวดเก็บเลือด

☐ เก็บเลือดด้วยไฟ

☐ กวางซา

พื้นที่รักษา *

☐ หลังส่วนบน / ไหล่

☐ หลังส่วนล่าง

☐ คอ

☐ ขา

☐ แขน

☐ หน้า (เก็บเลือดและกวางซาแบบนุ่มนวล)

เหตุผลในการรักษา *

การตรวจสอบสุขภาพ

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณกำลังใช้ยาลดความหนืดของเลือดอยู่หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีอาการใดต่อไปนี้ในพื้นที่รักษาหรือไม่?

☐ ผื่น

☐ แผลเปิด หรือผิวหนังที่เสียหาย

☐ การติดเชื้อผิวหนังที่ยังคงเป็นอยู่ หรือผื่นแพ้

☐ เส้นเลือดขอด

☐ ไม่มีอาการใดข้างต้น

คุณมีภาวะแผลเลือดไม่สุกหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ความเสี่ยง และความคาดหวัง

สำคัญ — รอยฟ้ำเป็นสิ่งที่คาดหวัง:

เก็บเลือดและกวางาจะสร้างรอยฟ้ำบนผิวหนังโดยตั้งใจ นี่เป็นส่วนปกติของการรักษา

สิ่งที่ควรคาดหวัง:

- รอยเก็บเลือด ปรากฏเป็นการเปลี่ยนสีแบบวงกลมตั้งแต่สีชมพูอ่อนไปจนถึงสีม่วงเข้มมาก
- รอยกวางา ปรากฏเป็นจุดแดงและลายเส้นเล็ก ๆ (petechiae)
- รอยฟ้ำมักจะคงอยู่ 3-10 วัน ขึ้นอยู่กับบุคคลและความแรงของการดูด
- รอยฟ้ำที่สีเข้มกว่าบ่งชี้ว่ามีการหยุดนิ่ง / ความตึงเครียดมากขึ้นในพื้นที่นั้น
- รอยฟ้ำ ไม่ใช่ บาดแผล — เป็นการตอบสนองของการรักษา

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น:

- รอยฟ้ำและการเปลี่ยนสีผิวหนัง (คาดหวัง)
- ความไม่สบายตัวเบาๆ ระหว่างการรักษา
- ฟองน้ำ (หาก ถ้าการดูดแรงเกินไป)
- เวียนศีรษะ
- ผลกระทบจากความร้อน (หาก เก็บเลือดด้วยไฟ)
- อาการแสบสขั้วคราว

การดูแลหลังการรักษา:

- เก็บพื้นที่ที่เก็บเลือดให้ปกคลุมและอบอุ่นเป็นเวลา 24 ชั่วโมง
- ดื่มน้ำอย่างมากมายหลังการรักษา
- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความเย็น การว่ายน้ำ และการออกกำลังกายที่รุนแรงเป็นเวลา 24 ชั่วโมง
- อย่าเก็บเลือดในพื้นที่เดียวกันจนกว่ารอยฟ้ำจะหายไปอย่างสิ้นเชิง

ฉันเข้าใจว่าเก็บเลือดและกวางาจะปล่อยให้มีรอยฟ้ำที่มองเห็นได้ (รอยฟ้ำและการเปลี่ยนสี) ซึ่งเป็นส่วนปกติของการรักษาและจะหายไปในระยะ 3-10 วัน

ฉันเข้าใจว่าเก็บเลือดและกวางาจะปล่อยให้มีรอยฟ้ำที่มองเห็นได้: _____

ฉันได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับความเสี่ยง และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยเก็บเลือดและกวางา

ฉันเข้าใจความเสี่ยงที่อธิบายไว้ข้างต้น: _____

บันทึกการรักษา

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	พื้นที่	ประเภทหม้อ	ระยะเวลา
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ใบยินยอม และลายเซ็น

ฉันยินยอมให้ได้รับการรักษาด้วยเข็มเลือด และ/หรือกาวาซา ตามที่อธิบายไว้ ฉันเข้าใจว่ารอยฟกช้ำที่มองเห็นได้นั้นคาดหวังไว้และไม่ใช้บาดแผล
ฉันได้เปิดเผยสภาพสุขภาพทั้งหมดและปล่อยให้ผู้ประกอบวิชาชีพต่างคนไม่มีส่วนรับผิดชอบ

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้นและให้ความยินยอมที่ได้รับการชี้แจง

ฉันอ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้นแล้ว:

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รองเตือนข้อห้าม
และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ