

डर्मल फलिर सहमति

हाइड्रोरोनिक एसिड और अन्य डर्मल फलिर इंजेक्शन के लिए सूचित सहमति

क्लाइंट जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

उपचार विवरण

फलिर उत्पाद *

- | | |
|---|---|
| ☐ Juvederm (Voluma, Vollure, Volbella) | ☐ Restylane (Lyft, Silk, Defyne, Refyne) |
| ☐ Radiesse | ☐ Sculptra |
| ☐ RHA संग्रह | ☐ Revanesse Versa |
| ☐ अन्य | |

उपचार क्षेत्र *

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ होठ | ☐ नासोलैबल सलिवट (मुस्कान की लाइनें) | ☐ मेरिथोनेट लाइनें |
| ☐ गाल / मडिफेस वॉल्यूम | ☐ ठुड्डी वर्धन | ☐ जबड़े की रूपरेखा |
| ☐ आँख के नीचे / आंसू नाली | ☐ कनपटियाँ | ☐ गैर-सर्जिकल राइनोप्लास्टी |
| ☐ हाथ | | |

स्वास्थ्य जांच

क्या आपने पहले डर्मल फलिर इंजेक्शन लिए हैं? *

- ☐ हां ☐ नहीं

यदि हां, तो पछिली किसी भी जटिलता का वर्णन करें

क्या आपने कभी स्थायी या अर्ध-स्थायी फलिर (जैसे, सलिकॉन, PMMA) लिए हैं? *

- ☐ हां ☐ नहीं

क्या आपने पछिले 2 हफ्तों में कोई दंत कार्य करवाया है या योजना बनाई है? *

- ☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको ठंडे घाव (हर्पीस सम्पलेक्स) का इतिहास है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको कोई ऑटोइम्यून रोग है? *

☐ हां ☐ नहीं

जोखमि और जटलिताएं

संभावित जोखमि और जटलिताएं:

- इंजेक्शन स्थलों पर चोट, सूजन और लालमि (सामान्य, 1-2 सप्ताह में समाप्त हो जाती है)
- वषिमता जसि टचअप की आवश्यकता हो सकती है
- त्वचा के नीचे गांठ या सूजन
- Tyndall प्रभाव (नीली रंग की अस्पष्टता, वशिषकर आंखों के नीचे)
- इंजेक्शन स्थलों पर संक्रमण
- ग्रैनुलोमा गठन (भड़काऊ प्रतिक्रिया)
- वास्कुलर ऑक्लुजन — रक्त वाहिका का अवरोध जो ऊतक क्षति, अत्यंत दुर्लभ मामलों में, दृष्टिपरिवर्तन या अंधापन का कारण बन सकता है
- त्वचा परगिलन (ऊतक मृत्यु) यदरिक्त आपूर्ति में बाधा आती है
- उद्देश्यति क्षेत्र से उत्पाद का प्रवास
- एलर्जी प्रतिक्रिया (हाइलूरोनिक एसडि फलिर के साथ दुर्लभ)

हाइलूरोनडिज (Hylenex) का उपयोग जटलिताओं के मामले में हाइलूरोनिक एसडि फलिर को घोलने के लिए किया जा सकता है। गैर-HA फलिर को घोला नहीं जा सकता।

मैं समझता हूँ कि वास्कुलर ऑक्लुजन डर्मल फलिर इंजेक्शन की एक गंभीर लेकिन दुर्लभ जटलिता है जो ऊतक क्षति, त्वचा परगिलन या दृष्टिपरिवर्तन का कारण बन सकती है। मैं समझता हूँ कि यदि उपचार के बाद मुझे असामान्य दर्द, पीलापन या दृष्टिपरिवर्तन का अनुभव होता है तो तुरंत चिकित्सा सहायता लेने का महत्व समझता हूँ।

मैं वास्कुलर ऑक्लुजन के जोखमि को समझता हूँ: _____

मुझे डर्मल फलिर उपचार के संभावित जोखमि और जटलिताओं के बारे में सूचित किया गया है। मैं समझता हूँ कि परिणाम अलग-अलग होते हैं, फलिर अस्थायी है, और अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता हो सकती है।

मैं ऊपर वर्णित सभी जोखमि को स्वीकार करता हूँ: _____

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	क्षेत्र	उत्पाद / लॉट #	मात्रा (mL)
प्रवर्षि 1				
प्रवर्षि 2				
प्रवर्षि 3				
प्रवर्षि 4				
प्रवर्षि 5				
प्रवर्षि 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं डर्मल फलिर इंजेक्शन उपचार के लिए स्वेच्छा से सहमत देता हूँ। मुझे लाभ, जोखिम, विकल्प और संभावित जटिलताओं के बारे में सूचित किया गया है। मुझे प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है और मेरे सभी प्रश्नों का संतोषजनक उत्तर दिया गया है। मैं समझता हूँ कि यह एक वैकल्पिक कॉस्मेटिक प्रक्रिया है और परिणाम के लिए कोई गारंटी नहीं दी गई है। मैं इस उपचार से संबंधित प्रदाता और अभ्यास को किसी भी देयता से मुक्त करता हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है और सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है:

हस्ताक्षर

दिनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशिल्क योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।