

Samtycke till dermalt filler

Informerat samtycke för injektioner med hyaluronsyra och andra dermala filler

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Behandlingsinformation

Fillerprodukt *

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

Behandlingsområden *

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Läppar | ☐ Nasolabial fold (skrattrynkor) | ☐ Marionettlinjer |
| ☐ Kinder / Midface volym | ☐ Höftförstoring | ☐ Käklinjekonturering |
| ☐ Under ögat / Tårränna | ☐ Tinningar | ☐ Icke-kirurgisk rhinoplastik |
| ☐ Händer | | |

Hälsokontroll

Har du fått dermala fillerinsprut tidigare? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv eventuella tidigare komplikationer

Har du någonsin fått permanent eller semi-permanent filler (t.ex. silikon, PMMA)? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du gjort något tandarbete de senaste två veckorna eller har det schemalagt? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du historik av frysningar (herpes simplex)? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du några autoimmuna sjukdomar? *

☐ Ja ☐ Nej

Risker och komplikationer

Potentiella risker och komplikationer:

- Blåmärken, svullnad och rodnad vid injektionsstäder (vanligt, läker på 1-2 veckor)
- Asymmetri som kan kräva retusch
- Knölar eller upphöjningar under huden
- Tyndall-effekt (blåaktig missfärgning, särskilt under ögonen)
- Infektion vid injektionsstäder
- Granulombildning (inflammatorisk reaktion)
- Vaskulär ockludering - blockering av ett blodkärl som kan leda till vävnadsskada eller, i extremt sällsynta fall, synförändring eller blindhet
- Hudens nekros (vävnadsdöd) om blodtillförseln är påverkad
- Migration av produkt från det avsedda området
- Allergi (sällsynt med hyaluronsyra-fillers)

Hyaluronidasas (Hyalenex) kan användas för att lösa upp hyaluronsyra-fillers vid komplikationer. Icke-HA-fillers kan inte lösas upp.

Jag förstår att vaskulär ockludering är en allvarlig men sällsynt komplikation av dermala fillerinsprut som kan leda till vävnadsskada, hudens nekros eller synförändring. Jag förstår vikten av att söka omedelbar medicinsk uppmärksamhet om jag upplever ovanlig smärta, blekning eller synförändring efter behandlingen.

Jag förstår risken för vaskulär ockludering: _____

Jag har informerats om de potentiella riskerna och komplikationerna med dermala fillerbehandlingar. Jag förstår att resultaten varierar, filler är temporärt och ytterligare behandlingar kan behövas.

Jag bekräftar alla risker som beskrivs ovan: _____

Tjänstejournal

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Produkt / Batchnummer	Volym (mL)
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker frivilligt till dermala fillerinsprut-behandlingar. Jag har informerats om fördelar, risker, alternativ och potentiella komplikationer. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och alla mina frågor har besvarats tillfredsställande. Jag förstår att detta är en frivillig kosmetisk procedur och inga garantier för resultat har getts. Jag befriar leverantören och praktiken från ansvar relaterat till denna behandling.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.