

# แบบฟอร์มยินยอมการฉีดเติมสารเพื่อปรับปรุงใบหน้า

ยินยอมอย่างเต็มที่เกี่ยวกับการฉีดกรดไฮยาลูโรนิกและสารเติมเพื่อปรับปรุงใบหน้าชนิดอื่น

## ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง \*

นามสกุล \*

ที่อยู่อีเมล \*

หมายเลขโทรศัพท์ \*

วันเดือนปีเกิด \*

DD / MM / YYYY

## รายละเอียดการรักษา

ผลิตภัณฑ์สารเติม \*

- |                                                               |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Juvederm (Voluma, Vollure, Volbella) | <input type="checkbox"/> Restylane (Lyft, Silk, Defyne, Refyne) |
| <input type="checkbox"/> Radiesse                             | <input type="checkbox"/> Sculptra                               |
| <input type="checkbox"/> RHA Collection                       | <input type="checkbox"/> Revanesse Versa                        |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ                                |                                                                 |

บริเวณที่ได้รับการรักษา \*

- |                                                      |                                                       |                                                  |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ปาก                         | <input type="checkbox"/> รอยพับมุม-ริมฝีปาก (รอยยิ้ม) | <input type="checkbox"/> รอยมาเรียเนตต์          |
| <input type="checkbox"/> แก้ม / ปริมาณส่วนกลางใบหน้า | <input type="checkbox"/> การเสริมจมูก                 | <input type="checkbox"/> การเรียวจุดตรกรรมเหงือก |
| <input type="checkbox"/> ใต้ตา / ร่องน้ำตา           | <input type="checkbox"/> วิสัยทัศน์                   | <input type="checkbox"/> การแก้มูกแบบไม่ผ่าตัด   |
| <input type="checkbox"/> มือ                         |                                                       |                                                  |

## การตรวจสอบภาพ

คุณเคยฉีดสารเติมเพื่อปรับปรุงใบหน้ามาก่อนหรือไม่ \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดอธิบายภาวะแทรกซ้อนก่อนหน้านี้

คุณเคยฉีดสารเติมแบบถาวรหรือแบบเสมือนถาวร (เช่น ซิลิโคน PMMA) หรือไม่ \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณได้รับการรักษาทันตกรรมในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือได้นัดการรักษาไว้หรือไม่ \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีประวัติการเป็นแผลจากเชื้อไวรัสเรื้อรังหรือไม่ \*

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีโรคภูมิคุ้มกันตัวเองชนิดใดหรือไม่ \*

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

## ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น:

- ฟกช้ำ บวม และเคืองแดง ที่บริเวณฉีดยา (ธรรมชาติ หายไปใน 1-2 สัปดาห์)
- ความไม่สมดุล ที่อาจต้องแก้ไข
- การเกิดปม หรือ ตุ่ม ใต้ผิวหนัง
- ผลกระทบของ Tyndall (มีสีน้ำเงิน โดยเฉพาะใต้ตา)
- การติดเชื้อ ที่บริเวณฉีดยา
- การเกิดภาวะกรามูโลมา (ปฏิกิริยาการอักเสบ)
- การอุดตันของหลอดเลือด — การอุดตันของหลอดเลือดที่อาจนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือในกรณีที่หายากมากอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการมองเห็น หรือตาบอด
- ความเสียหายของผิวหนัง (เนื้อเยื่อตาย) หากการไหลของเลือดไม่เพียงพอ
- การไหลของสารเติม ออกจากบริเวณที่ต้องการ
- ปฏิกิริยาแพ้ (หายากกับสารเติมกรดไฮยาลูโรนิก)

Hyaluronidase (Hylenex) สามารถใช้เพื่อละลายสารเติมกรดไฮยาลูโรนิกในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน สารเติมที่ไม่ใช่ HA ไม่สามารถถูกละลายได้

ฉันเข้าใจว่าการอุดตันของหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่หายากแต่ร้ายแรงของการฉีดสารเติมเพื่อปรับปรุงใบหน้า

ซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ความเสียหายของผิวหนัง หรือการเปลี่ยนแปลงการมองเห็น

ฉันเข้าใจความสำคัญของการขอความช่วยเหลือจากการแพทย์อย่างเร่งด่วน หากฉันสัมผัสความเจ็บปวดที่ผิดปกติ การซีดเซียว หรือการเปลี่ยนแปลงการมองเห็นหลังจากการรักษา

ฉันเข้าใจความเสี่ยงของการอุดตันของหลอดเลือด: \_\_\_\_\_

ฉันได้รับแจ้งเกี่ยวกับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการรักษาด้วยสารเติมเพื่อปรับปรุงใบหน้า ฉันเข้าใจว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน สารเติมเป็นแบบชั่วคราว และอาจมีความจำเป็นต้องมีการรักษาเพิ่มเติม

ฉันยอมรับความเสี่ยงทั้งหมดที่อธิบายไว้ข้างต้น: \_\_\_\_\_

## บันทึกบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

|          | วันที่ | บริเวณ | ผลิตภัณฑ์ / หมายเลขแล็บ | ปริมาณ (mL) |
|----------|--------|--------|-------------------------|-------------|
| รายการ 1 |        |        |                         |             |
| รายการ 2 |        |        |                         |             |
| รายการ 3 |        |        |                         |             |
| รายการ 4 |        |        |                         |             |
| รายการ 5 |        |        |                         |             |
| รายการ 6 |        |        |                         |             |

## ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมโดยสมัครใจในการรักษาด้วยการฉีดสารเติมเพื่อปรับปรุงใบหน้า ฉันได้รับแจ้งเกี่ยวกับความคุ้มค่า ความเสี่ยง ทางเลือก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ฉันมีโอกาสในการถามคำถาม และคำถามทั้งหมดของฉันได้รับการตอบอย่างน่าพอใจ  
ฉันเข้าใจว่านี่คือการรักษาเพื่อความงามแบบเลือกได้ และไม่มีการรับประกันผลลัพธ์ใดๆ  
ฉันปลดปล่อยผู้ให้บริการและสถานที่ปฏิบัติงานจากการรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมอย่างเต็มที่

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: \_\_\_\_\_

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ \*

DD / MM / YYYY

### แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเดือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน  
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ