

Згода на введення дермальних наповнювачів

Інформована згода на ін'єкції гіалуронової кислоти та інших дермальних наповнювачів

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Продукт наповнювача *

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

Області лікування *

- | | |
|--|---|
| ☐ Губи | ☐ Назолабіальні складки (лінії посмішки) |
| ☐ Маріонеткові лінії | ☐ Щоки / обсяг середньої третини обличчя |
| ☐ Збільшення підборіддя | ☐ Контурування щелепи |
| ☐ Під очима / слъозна борозенка | ☐ Скроні |
| ☐ Неоперативна ринопластика | ☐ Руки |

Медичний скринінг

Чи робили вам коли-небудь ін'єкції дермальних наповнювачів? *

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, опишіть усі попередні ускладнення

Чи вводили вам коли-небудь постійний або напівпостійний наповнювач (напр., силікон, РММА)? *

☐ Так ☐ Ні

Чи робили вам стоматологічні процедури протягом останніх 2 тижнів або вони запланові? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є історія простудних виразок (герпес симплекс)? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є аутоімунні захворювання? *

☐ Так ☐ Ні

Ризики та ускладнення

Потенційні ризики та ускладнення:

- Синці, припухлість та почервоніння в місцях ін'єкції (часто, проходять протягом 1-2 тижнів)
- Асиметрія, яка може потребувати коригування
- Грудочки або бугри під шкірою
- Ефект Тиндаля (синюватість, особливо під очима)
- Інфекція в місцях ін'єкції
- Утворення гранульоми (запальна реакція)
- Судинна оклюзія — закупорення кровоносної судини, яка може призвести до пошкодження тканин або, у крайньо рідких випадках, до змін зору або сліпоти
- Некроз шкіри (відмирання тканин) при порушенні кровопостачання
- Міграція продукту з передбаченої площі
- Алергічна реакція (рідка при наповнювачах на основі гіалуронової кислоти)

Гіалуронідаза (Hyalenex) може бути використана для розчинення наповнювачів на основі гіалуронової кислоти у разі ускладнень. Наповнювачі, що не містять ГК, неможливо розчинити.

Я розумію, що судинна оклюзія є серйозним, але рідким ускладненням введення дермальних наповнювачів, яке може призвести до пошкодження тканин, некрозу шкіри або змін зору. Я розумію важливість негайного звернення за медичною допомогою, якщо після лікування я відчуватиму незвичайний біль, побліділість або зміни зору.

Я розумію ризик судинної оклюзії: _____

Мені повідомили про потенційні ризики та ускладнення лікування дермальними наповнювачами. Я розумію, що результати варіюються, наповнювач є тимчасовим, і можуть знадобитися додаткові процедури.

Я знаю про всі описані вище ризики: _____

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Область	Продукт / номер партії	Обсяг (мл)
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно погоджуюся на лікування введенням дермальних наповнювачів. Мені повідомили про переваги, ризики, альтернативи та можливі ускладнення. У мене була можливість задавати запитання, і на всі мої запитання дали задовільні відповіді. Я розумію, що це факультативна косметична процедура, і ніякі гарантії результату не надані. Я звільняю лікаря та клініку від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням.

Я підтверджую, що прочитав та зрозумів наведену вище інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав та розумію наведену вище інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем. Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.