

玻尿酸填充物同意书

关于玻尿酸和其他皮肤填充物注射的知情同意书

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

填充物产品 *

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

治疗区域 *

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 嘴唇 | ☐ 鼻唇沟（笑纹） | ☐ 木偶纹 |
| ☐ 颧骨/中脸体积 | ☐ 下巴增大 | ☐ 下颌轮廓 |
| ☐ 眼下/泪沟 | ☐ 太阳穴 | ☐ 非手术鼻部整形 |
| ☐ 手 | | |

健康筛查

您以前接受过皮肤填充物注射吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

如是，请描述任何以前的并发症

您是否曾接受过永久性或半永久性填充物（例如硅胶、PMMA）？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您在过去2周内接受过牙科治疗或已预约？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否有口疱疹（单纯疱疹）的病史？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有自身免疫疾病？ *

☐ 是 ☐ 否

风险与并发症

潜在风险和并发症：

- 瘀伤、肿胀和发红 在注射部位（常见，1-2周内消退）
- 不对称 可能需要修正
- 皮下结节或肿块
- Tyndall效应（蓝色变色，特别是在眼睛下方）
- 注射部位感染
- 肉芽肿形成（炎症反应）
- 血管闭塞 — 血管堵塞可导致组织损伤，在极罕见的情况下可导致视力变化或失明
- 皮肤坏死（组织死亡）如果血液供应受到影响
- 产品迁移 离开预期区域
- 过敏反应（玻尿酸填充物罕见）

透明质酸酶（Hyalenex）可用于溶解玻尿酸填充物以处理并发症。非透明质酸填充物无法溶解。

我了解血管闭塞是皮肤填充物注射的严重但罕见的并发症，可导致组织损伤、皮肤坏死或视力变化。我了解如果治疗后出现异常疼痛、苍白或视力变化，寻求紧急医疗帮助的重要性。

我了解血管闭塞
的风险: _____

我已被告知皮肤填充物治疗的潜在风险和并发症。我明白结果各不相同，填充物是临时性的，可能需要额外的治疗。

我确认上述所
有风险: _____

服务记录

仅供办公室使用

	日期	区域	产品/批号	体积（毫升）
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意与签名

我自愿同意接受皮肤填充物注射治疗。我已被告知益处、风险、替代方案和潜在的并发症。我有机会提出问题，我的所有问题都得到了满意的回答。我明白这是一项选择性美容程序，未给出任何结果保证。我免除医疗提供者和诊所与本治疗相关的责任。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息：_____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。