

फलिर डजिऑल्वगि (हायलूरोनडिज़) सहमति

हायलूरोनडिज़ के साथ हायलूरोनिक एसडि फलिर को घोलने के लिए सूचति सहमति, एलर्जी स्क्रीनिंग और अधूरे या अतःसुधार की संभावना सहति

क्लाइंट की जानकारी

पहला नाम *

अंतमि नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म की तारीख *

DD / MM / YYYY

उपचार वविरण

घोलने के लिए क्षेत्र *

☐ होठ

☐ गाल / मध्य चेहरा

☐ आंखों के नीचे / टयिर ट्रफ

☐ ठुड्डी / जबड़ा

☐ नाक

☐ अन्य

घोलने का कारण *

☐ सौंदर्य — परणाम से असंतुष्ट

☐ माइग्रेशन या गांठ

☐ संदग्धि वास्कुलर जटलिता (तत्काल)

☐ नए उपचार की तैयारी

कौन सा फलिर इंजेक्ट किया गया था, कहाँ, और कब?

क्या आपने पहले हायलूरोनडिज़ करवाया है? *

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो क्या आपको कोई प्रतिक्रिया हुई?

चकित्सा इतिहास

क्या आप गर्भवती हैं, गर्भधारण करने की कोशिश कर रही हैं, या स्तनपान कर रही हैं? *

☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास नमिनलखिति में से कोई है?

- | | |
|--|---|
| ☐ ऑटोइम्यून स्थिति (ल्यूपस, RA, MS, आदि) | ☐ रक्तस्राव विकार या रक्त पतला करने वाली दवाएं |
| ☐ मधुमेह | ☐ केलॉइड या हाइपरट्रॉफिक नशान का इतिहास |
| ☐ कैंसर (वर्तमान या पछिले 5 वर्षों के भीतर) | ☐ प्रतिक्रिया दमति / प्रतिक्रिया विकार |
| ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं | |

क्या आप मधुमक्खी या ततैया के डंक से एलर्जी है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको कभी हायलूरोनडिज़ या इसे युक्त किसी उत्पाद की प्रतिक्रिया हुई है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास क्षेत्र में कोई गैर-हायलूरोनिक एसडि या स्थायी फलिर है (जैसे, Radiesse, Sculptra, सलिकॉन)? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

वर्तमान दवाएं और पूरक

एलर्जी (दवाएं, लेटेक्स, लड्डिकेन, संवेदनाहारी)

जोखमि और जटलिताएँ

संभावित जोखमि और जटलिताएँ:

- एलर्जी की प्रतिक्रिया, जिसमें पतिती, सूजन, या दुर्लभ मामलों में एनाफिलैक्सिस शामिल है (पहले पैच टेस्ट किया जा सकता है)
- अत्यधिक घोलना — अपने प्राकृतिक हायलूरोनिक एसडि का नुकसान अस्थायी कोटर या शथिलिता का कारण बन सकता है, आमतौर पर हफ्तों के भीतर ठीक हो जाता है
- अधूरा घोलना — एक से अधिक सत्र की आवश्यकता हो सकती है
- इंजेक्शन साइटों पर चोट, सूजन, कोमलता
- असमरूपता जबकि क्षेत्र स्थिर हो रहा है
- संक्रमण (दुर्लभ)

केवल हायलूरोनिक एसडि फलिर को घोला जा सकता है। भविष्य के पुनः उपचार के परिणाम की गारंटी नहीं है, और पुनः भरना आमतौर पर कम से कम 2 सप्ताह के लिए स्थगित किया जाता है।

मैं समझता हूँ कि हायलूरोनडिज़ इच्छति से अधिक या कम फलिर को घोल सकता है, कभीरे प्राकृतिक ऊतक की मात्रा अस्थायी रूप से बदल सकती है, और कि अतिरिक्त सत्र या बाद में पुनः उपचार की आवश्यकता हो सकती है।

मैं समझता हूँ कि उपचार अधिक या कम सुधार कर सकता है:

मैं समझता हूँ कि हायलूरोनडिज़ एक एंजाइम है जो एलर्जी प्रतिक्रिया पैदा कर सकता है और मुझे खुजली, पतिती, चेहरे की सूजन, या साँस लेने में कठिनाई की तुरंत रिपोर्ट करनी चाहिए।

मैं एलर्जी प्रतिक्रिया के जोखमि को समझता हूँ:

फोटो रलीज़

क्या हम आपके उपचार रिकॉर्ड के लिए पहले और बाद की फोटो ले सकते हैं? *

☐ हाँ — केवल मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड के लिए

☐ हाँ — और आप उन्हें मार्केटिंग के लिए गुमनाम रूप से उपयोग कर सकते हैं

☐ नहीं

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	क्षेत्र	उत्पाद / लॉट #	खुराक / मात्रा
प्रवर्षिट 1				
प्रवर्षिट 2				
प्रवर्षिट 3				
प्रवर्षिट 4				
प्रवर्षिट 5				
प्रवर्षिट 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं स्वेच्छा से हायलूरोनिक एसिड फलिर को घोलने के लिए हायलूरोनडिज इंजेक्शन के लिए सहमत देता हूँ। मुझे लाभ, जोखिम, विकल्प, और संभावित जटिलताओं के बारे में सूचित किया गया है। मैं समझता हूँ कि उपचार क्षेत्र के अंतिम दिखावट के बारे में कोई गारंटी नहीं दी गई है, कपिहले पैच टेस्ट किया जा सकता है, और कि मुझे आगे के सत्र की आवश्यकता हो सकती है। मैं प्रदाता और अभ्यास को इस उपचार से संबंधित देयता से छोड़ देता हूँ, लापरवाही के मामलों को छोड़कर।

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

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी है 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 जहाँ आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एनक्रिप्टेड 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।