

填充物溶解（透明质酸酶）同意书

用透明质酸酶溶解玻尿酸填充物的知情同意书，包括过敏筛查以及可能出现溶解不完全或过度矫正的情况

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

要溶解的区域 *

- ☐ 嘴唇 ☐ 脸颊/中面部 ☐ 眼下/泪沟
☐ 下巴/下颌线 ☐ 鼻子 ☐ 其他

溶解原因 *

- ☐ 美学——对效果不满意 ☐ 移位或结块 ☐ 疑似血管并发症（紧急）
☐ 为新疗程做准备

注射了什么填充物、在哪里注射以及何时注射？

您之前接受过透明质酸酶治疗吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

如果是，您有任何反应吗？

医疗历史

您是否怀孕、正在尝试怀孕或正在哺乳？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否患有以下任何疾病？

- | | |
|---|---|
| ☐ 自身免疫病（狼疮、类风湿关节炎、多发性硬化症等） | ☐ 出血障碍或正在服用血液稀释剂 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 瘢痕疙瘩或肥厚性瘢痕病史 |
| ☐ 癌症（当前或过去5年内） | ☐ 免疫抑制/免疫障碍 |
| ☐ 以上都不是 | |

您对蜜蜂或黄蜂蜇伤过敏吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您曾对透明质酸酶或含有透明质酸酶的产品产生反应吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您在该区域是否有任何非透明质酸或永久性填充物（例如，Radiesse、Sculptra、硅胶）？ *

- ☐ 是 ☐ 否

当前药物和补充剂

过敏症（药物、乳胶、利多卡因、麻醉剂）

风险和并发症

潜在风险和并发症：

- 过敏反应，包括荨麻疹、肿胀，或在极少数情况下过敏性休克（可能会先进行斑贴测试）
- 过度溶解——损失您自身的天然透明质酸可能导致暂时性凹陷或松弛，通常在数周内恢复
- 溶解不完全——可能需要多个疗程
- 注射部位淤伤、肿胀、压痛
- 不对称，当区域正在愈合时
- 感染（罕见）

只有透明质酸填充物才能被溶解。未来再次治疗的效果无法保证，通常至少延迟2周后再进行填充。

我了解透明质酸酶可能会溶解比预期更多或更少的填充物，我的自然组织体积可能会暂时改变，并且可能需要额外的疗程或稍后的再次治疗。

我理解治疗可能会过度
或不足纠正: _____

我了解透明质酸酶是一种可能引起过敏反应的酶，我必须立即报告瘙痒、荨麻疹、面部肿胀或呼吸困难。

我了解过敏反应
的风险: _____

照片发布

我们可以为您的治疗记录拍摄治疗前后照片吗？ *

☐ 是——仅用于我的医疗记录 ☐ 是——您可以将其匿名用于营销 ☐ 否

服务记录

仅供办公室使用

	日期	区域	产品/批号	剂量/体积
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意和签名

我自愿意进行透明质酸酶注射以溶解透明质酸填充物。我已被告知益处、风险、替代方案和潜在并发症。我理解没有人能保证治疗区域的最终外观，可能会进行斑贴测试，且我可能需要进一步的疗程。我免除提供者和诊所在本治疗中的责任，除过失情况外。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予我的知情同意。

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。