

Συναίνεση Αποκατάστασης Μαλλιών (PRP / Μεταμόσχευση)

Ενημερωμένη συναίνεση για θεραπείες αποκατάστασης μαλλιών συμπεριλαμβανομένων ενδοδερμικών ενέσεων PRP, μικροβελονισμού και διαδικασιών εξαγωγής θυλακοειδούς μονάδας

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Θεραπεία *

- ☐ Ενδοδερμικές ενέσεις PRP
- ☐ PRP με μικροβελονισμό
- ☐ Μεταμόσχευση θυλακοειδούς μονάδας εξαγωγής (FUE)
- ☐ Μεταμόσχευση φρυδιών / γενειάδας FUE
- ☐ Θεραπεία με εξοσώματα ή αυξητικούς παράγοντες
- ☐ Άλλο

Περιοχές *

- ☐ Κορυφή κεφαλής
- ☐ Γραμμή μαλλιών / Κροταφές
- ☐ Διάχυτη αραίωση
- ☐ Φρύδια
- ☐ Γενειάδα
- ☐ Κάλυψη σουβλών

Πόσο καιρό παρατηρείτε απώλεια μαλλιών; *

- ☐ Λιγότερο από 1 χρόνο
- ☐ 1-5 χρόνια
- ☐ Περισσότερα από 5 χρόνια

Έχει ένας γιατρός διαγνώσει την αιτία της απώλειας μαλλιών σας; *

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Θεραπείες που δοκιμάστηκαν μέχρι στιγμής (minoxidil, finasteride, συμπληρώματα, προηγούμενη PRP ή μεταμόσχευση)

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να κάνετε παιδί ή θηλάζετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποιο από τα παρακάτω;

☐ Αυτοάνοσο νόσημα (λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.λπ.)

☐ Αιμορραγική διαθέση ή λαμβάνετε αντιπηκτικά

☐ Διαβήτης

☐ Ιστορικό κελοειδούς ή υπερτροφικής σουβλώσης

☐ Καρκίνος (τρέχων ή εντός των τελευταίων 5 ετών)

☐ Ανοσοκατασταλμένη / διαταραχή ανοσοποίησης

☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε ενεργή λοίμωξη του κεφαλόδερμου, ψωρίαση, θυλακίτιδα ή ανοιχτές πληγές; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε οχαγοβη αλωπεκία, σουβλώσεως αλωπεκία ή αυτοάνοσο νόσημα μαλλιών; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε διαταραχή αιμοπεταλίων ή αίματος, ή λαμβάνετε αντιπηκτικά; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε πάρει ισοτρετινοΐνη (Accutane) τους τελευταίους 6 μήνες; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Κάπνίζετε ή χρησιμοποιείτε vape νικοτίνης; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Είστε έγκυος ή θηλάζετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Πιθανοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Ευαισθησία κεφαλόδερμου, οίδημα και μώλωπες για αρκετές ημέρες· οίδημα μετώπου μετά από θεραπεία γραμμής μαλλιών
- Αιμορραγία στις θέσεις ένεσης ή εξαγωγής
- Λοίμωξη ή θυλακίτιδα
- Προσωρινή απώλεια υπάρχοντων μαλλιών (σοκ απώλεια) 2-8 εβδομάδες μετά τη θεραπεία, συνήθως ανακάμπτει
- Νάρκωση ή αλλαγή αίσθησης του κεφαλόδερμου, συνήθως προσωρινή
- Μικρές σουβλές σε κηλίδα στη δεκτική περιοχή μετά από FUE· ορατή αραίωση της δεκτικής περιοχής εάν υπερεξήχθη
- Κακή επιβίωση μοσχεύματος, αφύσικη γραμμή μαλλιών ή ανομοιόμορφη πυκνότητα απαιτείται περαιτέρω περίοδος
- Κύστες ή ενώσιμα μαλλιά στις θέσεις μοσχεύματος
- Καμία αντίδραση — τα αποτελέσματα PRP ποικίλλουν και απαιτούν σειρά 3-4 περιόδων συν συντήρηση· η απώλεια μαλλιών συνεχίζεται σε αγεώργητες περιοχές

Τα αποτελέσματα γίνονται ορατά σε 3-6 μήνες (PRP) ή 9-12 μήνες (μεταμόσχευση).

Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα αποκατάστασης μαλλιών είναι σταδιακά, ποικίλλουν μεταξύ των ατόμων, ενδέχεται να απαιτούν σειρά θεραπειών και συνεχιζόμενη ιατρική θεραπεία, και ότι καμία συγκεκριμένη πυκνότητα ή κάλυψη δεν έχει εγγυηθεί.

Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα ποικίλλουν και διαρκούν μήνες: _____

Κατανοώ τους κινδύνους αιμορραγίας, λοίμωξης, σοκ απώλειας, σουβλώσης, νάρκωσης και κακής επιβίωσης μοσχεύματος, και ότι έχω αποκαλύψει όλα τα φάρμακα, καταστάσεις κεφαλόδερμου και χρήση νικοτίνης.

Κατανοώ τους χειρουργικούς και κινδύνους ένεσης: _____

Άδεια Φωτογραφίας

Μπορούμε να λάβουμε φωτογραφίες πριν και μετά για το αρχείο σας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου αρχείο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τα χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για μάρκετινγκ
- ☐ Όχι

Αρχείο Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Θεραπεία / Μοσχεύματα / Όγκος	Σημειώσεις
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ προσκλήτως στη θεραπεία αποκατάστασης μαλλιών που επιλέχθηκε παραπάνω. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές λύσεις (συμπεριλαμβανομένης ιατρικής θεραπείας και καμιά θεραπεία) και τις πιθανές επιπλοκές. Κατανοώ ότι πρόκειται για ένα προαιρετικό διαδικασίας και καμία εγγύηση αποτελέσματος δεν έχει δοθεί. Απαλλάσσω τον πάροχο και την πρακτική από την ευθύνη που σχετίζεται με αυτήν τη θεραπεία εκτός περιπτώσεων αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη μου συναίνεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.