

Consenso per il Ripristino dei Capelli (PRP / Trapianto)

Consenso informato per trattamenti di ripristino dei capelli, incluse iniezioni di PRP al cuoio capelluto, microneedling e procedure di estrazione di unità follicolari

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Trattamento

Trattamento *

- | | |
|--|---|
| ☐ Iniezioni di PRP al cuoio capelluto | ☐ PRP con microneedling |
| ☐ Trapianto di unità follicolari (FUE) | ☐ Trapianto FUE sopracciglia / barba |
| ☐ Terapia con esosomi o fattori di crescita | ☐ Altro |

Aree *

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| ☐ Vertice | ☐ Attaccatura / Tempie | ☐ Assottigliamento diffuso |
| ☐ Sopracciglia | ☐ Barba | ☐ Copertura cicatrici |

Da quanto tempo hai notato la caduta dei capelli? *

- ☐ Meno di 1 anno ☐ 1-5 anni ☐ Più di 5 anni

Un medico ha diagnosticato la causa della caduta dei capelli? *

- ☐ Sì ☐ No

Trattamenti provati finora (minoxidil, finasteride, integratori, PRP precedente o trapianto)

Anamnesi Medica

Sei incinta, stai cercando di rimanere incinta o stai allattando? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni?

- ☐ Condizione autoimmune (lupus, artrite reumatoide, sclerosi multipla, ecc.)
- ☐ Disturbo della coagulazione o in terapia anticoagulante
- ☐ Diabete
- ☐ Storia di cicatrici cheloidi o ipertrofiche
- ☐ Cancro (attuale o negli ultimi 5 anni)
- ☐ Immunosoppresso / disturbo immunitario
- ☐ Nessuna delle precedenti

Hai un'infezione attiva del cuoio capelluto, psoriasi, follicolite o ferite aperte? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai alopecia areata, alopecia cicatriziale o una condizione autoimmune dei capelli? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai un disturbo delle piastrine o del sangue, o stai assumendo anticoagulanti? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai assunto isotretinoina (Accutane) negli ultimi 6 mesi? *

- ☐ Sì ☐ No

Fumi o usi nicotina in vapore? *

- ☐ Sì ☐ No

Sei incinta o stai allattando? *

- ☐ Sì ☐ No

Farmaci e integratori attuali

Allergie (farmaci, lattice, lidocaina, anestetici)

Rischi e Complicanze

Rischi e Complicanze Potenziali:

- Sensibilità, gonfiore e lividi del cuoio capelluto per diversi giorni; gonfiore della fronte dopo il trattamento dell'attaccatura
- Emorragia nei siti di iniezione o estrazione
- Infezione o follicolite
- Caduta temporanea dei capelli esistenti (shock loss) 2-8 settimane dopo il trattamento, solitamente in recupero
- Intorpidimento o alterazione della sensibilità del cuoio capelluto, solitamente temporaneo
- Piccole cicatrici puntiformi nell'area donatrice dopo FUE; assottigliamento visibile dell'area donatrice se eccessivamente raccolto
- Scarsa sopravvivenza dei trapianti, attaccatura innaturale o densità irregolare che richiedono ulteriori sessioni
- Cisti o peli incarniti nei siti di trapianto
- Nessuna risposta — i risultati del PRP variano e richiedono una serie di 3-4 sessioni più manutenzione; la caduta dei capelli continua nelle aree non trattate

I risultati diventano visibili in 3-6 mesi (PRP) o 9-12 mesi (trapianto).

Capisco che i risultati del ripristino dei capelli sono gradualmente, variano tra i singoli individui, possono richiedere una serie di trattamenti e una terapia medica continua, e che nessuna densità o copertura specifica è stata garantita.

Capisco che i risultati variano e richiedono mesi: _____

Capisco i rischi di emorragia, infezione, shock loss, cicatrici, intorpidimento e scarsa sopravvivenza dei trapianti, e che ho divulgato tutti i farmaci, le condizioni del cuoio capelluto e l'uso di nicotina.

Capisco i rischi chirurgici e di iniezione: _____

Autorizzazione Fotografica

Possiamo scattare foto prima e dopo del tuo trattamento per la tua cartella medica? *

- ☐ Sì — solo per la mia cartella medica
- ☐ Sì — e potete usarle in forma anonima per il marketing
- ☐ No

Registro dei Servizi

Solo per uso interno

	Data	Area	Trattamento / Trapianti / Volume	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Acconsento volontariamente al trattamento di ripristino dei capelli selezionato sopra. Sono stato informato dei benefici, dei rischi, delle alternative (inclusa la terapia medica e nessun trattamento) e delle potenziali complicanze. Capisco che questa è una procedura elettiva e nessuna garanzia di risultato è stata fornita. Esonero il fornitore e la pratica da responsabilità relative a questo trattamento, ad eccezione di casi di negligenza.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e capisco le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.