

Consimțământ pentru Restaurarea Părului (PRP / Transplant)

Consimțământ informat pentru tratamentele de restaurare a părului, inclusiv injecții cu PRP pe scalp, microagrafie și proceduri de extracție a unității foliculare

Informații Client

Prenume *

Nume *

Adresă E-mail *

Număr Telefon *

Data Nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Detalii Tratament

Tratament *

- | | |
|--|--|
| ☐ Injecții cu PRP pe scalp | ☐ PRP cu microagrafie |
| ☐ Transplant prin extracție a unității foliculare (FUE) | ☐ Transplant FUE pentru sprâncene / barbă |
| ☐ Terapie cu exozomi sau factori de creștere | ☐ Altul |

Zone *

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| ☐ Coroană | ☐ Linie de păr / Timp | ☐ Subțiere difuză |
| ☐ Sprâncene | ☐ Barbă | ☐ Acoperire cicatrici |

De cât timp observați pierderea de păr? *

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ Sub 1 an | ☐ 1-5 ani | ☐ Mai mult de 5 ani |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|

A diagnosticat un medic cauza pierderii de păr? *

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Da | ☐ Nu |
|-----------------------------|-----------------------------|

Tratamente încercate până acum (minoxidil, finasteridă, suplimente, PRP anterior sau transplant)

Antecedente Medicale

Sunteți însărcinată, încercați să rămâneți gravide sau alăptați? *

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Da | ☐ Nu |
|-----------------------------|-----------------------------|

Aveți oricare dintre următoarele?

- ☐ Afecțiune autoimună (lupus, artroză reumatoidă, scleroza multiplă etc.)
- ☐ Tulburare de coagulare sau pe anticoagulante
- ☐ Diabet zaharat
- ☐ Antecedente de cheloid sau cicatrizare hipertrofică
- ☐ Cancer (actual sau în ultimii 5 ani)
- ☐ Imunosuprimat / tulburare imunitară
- ☐ Niciuna din cele de mai sus

Aveți o infecție activă a scalpului, psoriazis, foliculită sau rănuri deschise? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți alopecia areată, alopecie cu cicatrizare sau o afecțiune autoimună a părului? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți o tulburare de trombocite sau sânge, sau luați anticoagulante? *

- ☐ Da ☐ Nu

Ați luat isotretinoin (Accutane) în ultimele 6 luni? *

- ☐ Da ☐ Nu

Fumați sau folosiți vaporizatoare cu nicotină? *

- ☐ Da ☐ Nu

Sunteți însărcinată sau alăptați? *

- ☐ Da ☐ Nu

Medicamente și suplimente actuale

Alergii (medicamente, latex, lidocaină, anestetice)

Riscuri și Complicații

Riscuri și Complicații Potențiale:

- Sensibilitate scalp, umflare și hematoame timp de câteva zile; umflare a frunții după tratament pe linia de păr
- Sângerare la locurile de injecție sau extracție
- Infecție sau foliculită
- Pierdere temporară de păr existent (șoc de pierdere) 2-8 săptămâni după tratament, în general recuperare
- Torpoare sau senzație alterată a scalpului, de obicei temporară
- Mici cicatrici punctiforme în zona donatorului după FUE; subțiere vizibilă a zonei donatorului dacă se prelevează excesiv
- Supraviețuire slabă a transplantului, linie de păr nenatural sau densitate neuniformă necesitând sesiuni suplimentare
- Ciste sau părul încarnate la locurile transplantului
- Fără răspuns — rezultatele PRP variază și necesită o serie de 3-4 sesiuni plus întreținere; pierderea de păr continuă în zonele netratate

Rezultatele devin vizibile în 3-6 luni (PRP) sau 9-12 luni (transplant).

Înțeleg că rezultatele restaurării părului sunt graduale, variază între indivizi, pot necesita o serie de tratamente și terapie medicală continuă, și că nicio densitate sau acoperire specifică nu a fost garantată.

Înțeleg că rezultatele variază și durează luni: _____

Înțeleg riscurile sângerării, infecției, pierderii prin șoc, cicatrizării, torpoarei și supraviețuirii slabe a transplantului, și că am dezvăluit toate medicamentele, stările scalpului și utilizarea nicotinei.

Înțeleg riscurile chirurgicale și ale injecțiilor: _____

Autorizație Fotografii

Putem face fotografii înainte și după pentru evidența dvs. medicală? *

☐ Da — numai pentru dosarul medical

☐ Da — și puteți le folosi anonim pentru marketing

☐ Nu

Jurnal Servicii

Doar pentru uz intern

	Data	Zona	Tratament / Transplant / Volum	Note
Intrare 1				
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ și Semnătură

Îmi dau consimțământul voluntar pentru tratamentul de restaurare a părului selectat mai sus. Am fost informat despre beneficii, riscuri, alternative (inclusiv terapie medicală și niciun tratament) și complicații potențiale. Înțeleg că aceasta este o procedură opțională și nicio garanție de rezultat nu a fost oferită. Eliberez medicul și practica de răspundere legală legată de acest tratament, cu excepția cazurilor de neglijență.

Confirm că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.