

Согласие на восстановление волос (PRP / трансплантация)

Информированное согласие на процедуры восстановления волос, включая инъекции PRP в кожу головы, микронидлинг и процедуры извлечения фолликулярных единиц

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали процедуры

Процедура *

- | | |
|--|---|
| ☐ Инъекции PRP в кожу головы | ☐ PRP с микронидлингом |
| ☐ Трансплантация фолликулярных единиц (FUE) | ☐ Трансплантация FUE бровей / бороды |
| ☐ Терапия экзосомами или факторами роста | ☐ Другое |

Области *

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| ☐ Макушка | ☐ Линия волос / виски | ☐ Диффузное поредение |
| ☐ Брови | ☐ Борода | ☐ Закрытие рубцов |

Как долго вы замечаете выпадение волос? *

- ☐ Менее 1 года ☐ 1-5 лет ☐ Более 5 лет

Установил ли врач причину выпадения волос? *

- ☐ Да ☐ Нет

Пройденные процедуры (миноксидил, финастерид, добавки, предыдущие PRP или трансплантация)

История болезни

Вы беременны, планируете беременность или кормите грудью? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть что-то из следующего?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, ревматоидный артрит, рассеянный склероз и т.д.)
- ☐ Нарушение свертываемости или приём антикоагулянтов
- ☐ Сахарный диабет
- ☐ История образования келоидных или гипертрофических рубцов
- ☐ Рак (в настоящий момент или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / иммунные нарушения
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

У вас есть активная инфекция кожи головы, псориаз, фолликулит или открытые раны? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас гнездная алопеция, рубцовая алопеция или аутоиммунное заболевание волос? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть нарушение тромбоцитов или свёртываемости крови, или вы принимаете антикоагулянты? *

- ☐ Да ☐ Нет

Принимали ли вы изотретиноин (Аккутан) в течение последних 6 месяцев? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вы курите или используете электронные сигареты с никотином? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вы беременны или кормите грудью? *

- ☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Возможные риски и осложнения:

- Болезненность, отёк и синяки кожи головы в течение нескольких дней; отёк лба после обработки линии волос
- Кровотечение из мест инъекций или экстракции
- Инфекция или фолликулит
- Временное выпадение существующих волос (шоковое выпадение) в течение 2-8 недель после процедуры, обычно восстанавливается
- Онемение или изменение чувствительности кожи головы, обычно временное
- Маленькие точечные рубцы в донорской зоне после FUE; видимое поредение донорской зоны при чрезмерном изъятии
- Плохая приживаемость трансплантатов, неестественная линия волос или неравномерная плотность, требующие дополнительных сеансов
- Кисты или вросшие волосы в местах трансплантации
- Отсутствие эффекта — результаты PRP варьируются и требуют серии из 3-4 сеансов плюс поддерживающее лечение; выпадение волос продолжается в необработанных областях

Результаты становятся видны через 3-6 месяцев (PRP) или 9-12 месяцев (трансплантация).

Я понимаю, что результаты восстановления волос постепенные, варьируются между индивидуумами, могут требовать серии процедур и постоянной медикаментозной терапии, и что никакая конкретная плотность или покрытие не гарантированы.

Я понимаю, что результаты различаются и занимают месяцы: _____

Я понимаю риски кровотечения, инфекции, шокового выпадения, рубцевания, онемения и плохой приживаемости трансплантатов, и я раскрыл все свои лекарства, состояние кожи головы и использование никотина.

Я понимаю хирургические и инъекционные риски: _____

Согласие на использование фотографий

Можем ли мы сфотографировать ваше лечение до и после для истории болезни? *

- ☐ Да — только для моей медицинской карты
- ☐ Да — и вы можете использовать их анонимно для маркетинга
- ☐ Нет

Лог услуги

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Процедура / Трансплантаты / Объём	Примечания
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				

	Дата	Область	Процедура / Трансплантаты / Объем	Примечания
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно согласен(а) на выбранную выше процедуру восстановления волос. Мне была предоставлена информация о пользе, рисках, альтернативах (включая медикаментозное лечение и отсутствие лечения) и возможных осложнениях. Я понимаю, что это факультативная процедура и никаких гарантий результата не дано. Я снимаю ответственность с поставщика услуг и практики за ущерб, связанный с этой процедурой, за исключением случаев халатности.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) информацию выше и даю своё информированное согласие.

Я прочитал(а) и понял(а) информацию выше: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.