

Samtyckesformulär för hårborttagningsbehandling (PRP / Transplantation)

Informerat samtycke för hårborttagningsbehandlingar inklusive PRP-skalpsspruta, microneedling och
follikelenhetsextraktionsförfaranden

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedag *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Behandlingsdetaljer

Behandling *

- | | |
|--|--|
| ☐ PRP-skalpsspruta | ☐ PRP med microneedling |
| ☐ Follikelenhetsextraktions (FUE) transplantation | ☐ FUE-transplantation av ögonbryn/skägg |
| ☐ Exosom- eller tillväxtfaktorterapi | ☐ Övriga |

Områden *

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ☐ Kronparten | ☐ Hårfäste / Tinningar | ☐ Utbredd hårtunning |
| ☐ Ögonbryn | ☐ Skägg | ☐ Övertäckning av ärr |

Hur länge har du märkt hårloss? *

- ☐ Under 1 år ☐ 1-5 år ☐ Mer än 5 år

Har en läkare diagnostiserat orsaken till din hårloss? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Behandlingar som försökts hittills (minoxidil, finasterid, kosttillskott, tidigare PRP eller transplantation)

Medicinsk historia

Är du gravid, försöker du bli gravid eller ammar du? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du något av följande?

- | | |
|--|--|
| ☐ Autoimmun sjukdom (lupus, RA, MS, etc.) | ☐ Blödningsrubbing eller på blodförtunnande |
| ☐ Diabetes | ☐ Historia av keloid eller hypertrofisk ärrbildning |
| ☐ Cancer (aktuell eller inom de senaste 5 åren) | ☐ Immunsupprimerad / immunrubbing |
| ☐ Ingen av ovanstående | |

Har du en aktiv skalpal infection, psoriasis, folliculit eller öppna sår? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du alopecia areata, ärrbringande alopecia eller en autoimmun hårtillstånd? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du en trombocyt- eller blodrubbing, eller är du på antikoagulantia? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du tagit isotretinoin (Accutane) under de senaste 6 månaderna? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Röker eller vapear du nikotin? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Är du gravid eller ammar du? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Aktuella mediciner och kosttillskott

Allergier (mediciner, latex, lidokain, bedövningsmedel)

Risker och komplikationer

Potentiella risker och komplikationer:

- Huvudöm, svullnad och blåmärken under flera dagar; pannsvullnad efter behandling av hårfäste
- Blödning på injektions- eller extraktionssajter
- Infektion eller folliculit
- Tillfällig håravfall av befintligt hår (chockförlust) 2-8 veckor efter behandling, vanligen återhämtning
- Domning eller förändrad känsel på hårbotten, vanligen tillfällig
- Små prickärr på donatorområdet efter FUE; synlig tunnning av donatorområdet om överskördad
- Dålig transplantatöverlevnad, onaturlig hårfäste eller ojämn täthet som kräver ytterligare sessioner
- Cytor eller inbördes hår på transplantatplatser
- Ingen respons – PRP-resultat varierar och kräver en serie på 3-4 sessioner plus underhåll; hårloss fortsätter i obehandlade områden

Resultaten blir synliga efter 3-6 månader (PRP) eller 9-12 månader (transplantation).

Jag förstår att hårborttagningsresultaten är gradvisa, varierar mellan individer, kan kräva en serie behandlingar och löpande medicinsk terapi, och att ingen specifik täthet eller täckning har garanterats.

Jag förstår att resultaten varierar och tar månader: _____

Jag förstår riskerna för blödning, infektion, chockförlust, ärrbildning, domning och dålig transplantatöverlevnad, och att jag har avslöjat alla mediciner, skalptillstånd och nikotinbruk.

Jag förstår de kirurgiska och injektionsriskerna: _____

Fotografiering och användning

Får vi ta före- och efterbilder för din behandlingsjournal? *

- ☐ Ja - endast för min medicinsk journal
- ☐ Ja - och du kan använda dem anonymt för marknadsföring
- ☐ Nej

Tjänstlogg

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Behandling / Transplantat / Volym	Anteckningar
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker frivilligt till hårborttagningsbehandlingen som valts ovan. Jag har informerats om fördelarna, riskerna, alternativen (inklusive medicinsk terapi och ingen behandling) och potentiella komplikationer. Jag förstår att detta är en valfri procedur och ingen resultatgaranti har givits. Jag fritar leverantören och praktiken från ansvar relaterat till denna behandling utom i fall av oaksamhet.

Jag bekräftar att jag har läst och förstått ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahölls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.