

ใบยินยอมการบำรุงรักษาผมที่หลุดร่วง (PRP / ปลูกถ่าย)

ใบยินยอมโดยสดีสำหรับการรักษาผมที่หลุดร่วง รวมถึงการฉีดพลาสมาชั้นที่เสริมเกล็ดเลือด (PRP) บนการใช้เข็มขนาดเล็ก และขั้นตอนการดึงหนึ่งหน่วยยูลี

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

เบอร์โทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดการรักษา

การรักษา *

- | | |
|--|--|
| ☐ การฉีด PRP บน | ☐ PRP พร้อมการใช้เข็มขนาดเล็ก |
| ☐ การปลูกถ่ายยูลีแต่ละหน่วย (FUE) | ☐ ปลูกถ่าย FUE ที่คิ้ว/เครา |
| ☐ การบำรุงรักษาด้วยเอกโซโซมหรือปัจจัยการเจริญเติบโต | ☐ อื่น ๆ |

พื้นที่ *

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| ☐ มงกุฎ | ☐ เส้นผม / ขมับ | ☐ การบางลงกระจาย |
| ☐ คิ้ว | ☐ เครา | ☐ ปกคลุมรอยแผลเป็น |

นานแค่ไหนที่คุณสังเกตเห็นการหลุดร่วง? *

- ☐ น้อยกว่า 1 ปี ☐ 1-5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปี

แพทย์ได้วินิจฉัยสาเหตุของการหลุดร่วงของคุณหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

การรักษาที่ลองมาแล้ว (มีนออกซิเดิล ฟินาสเทอไรด์ อาหารเสริม PRP ก่อนหน้านี้ หรือปลูกถ่าย)

ประวัติทางการแพทย์

คุณแพ้ยาหรือมีอาการแพ้ หรือกำลังให้นมลูก? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีอาการต่อไปนี้หรือไม่?

- | | |
|--|--|
| ☐ โรคภูมิคุ้มกันจำตัวเอง (โรคคูปัส ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรค MS ฯลฯ) | ☐ ความผิดปกติของการออกเลือดหรือกำลังใช้ยาลดการเลือดขุ่น |
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ ประวัติของเนื้อแผลเป็นริด (keloid) หรือแผลเป็นหนา |
| ☐ มะเร็ง (ปัจจุบันหรือในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา) | ☐ ภูมิคุ้มกันลดลง / ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน |
| ☐ ไม่มีข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น | |

คุณมีการติดเชื้อ หรือโรคเซบเรอริค หรือปอดริเมื่อ หรือแผลเปิดบนปัจจุบันหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมี alopecia areata หรือ alopecia scarring หรือภาวะผมหลุดร่วงจากภูมิคุ้มกันหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีความผิดปกติของเกล็ดเลือดหรือเลือด หรือกำลังใช้ยาลดการเลือดขุ่นหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณใช้ไอโซเทรทินอน (Accutane) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณสูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่หรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณหลั่งน้ำหรือให้นมลูกหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ยาและอาหารเสริมปัจจุบัน

ความแพ้ (ยา ยาง ลิดโดแคน ยาชาเฉพาะที่)

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น:

- ความเจ็บปวดheadบวมและตัวชา เป็นเวลาหลายวัน; บวมหน้าผากหลังการรักษาเส้นผม
- การออกเลือด ที่บริเวณฉีดหรือดึง
- การติดเชื้อ หรือไข้ที่รุนแรง
- การหลุดร่วงชั่วคราวของผมที่มีอยู่ (shock loss) 2-8 สัปดาห์หลังการรักษา มักจะฟื้นตัว
- การชาหรือเปลี่ยนแปลงในการรู้สึก บนhead มักจะชั่วคราว
- รอยแผลเล็ก ๆ ในพื้นที่ผู้บริจาคหลังการดึง; ผมบางที่พื้นที่ผู้บริจาคหากเก็บเกี่ยวมากเกินไป
- การอยู่รอดของปลูกถ่ายต่ำ เส้นผมไม่เป็นธรรมชาติ หรือความหนาแน่นไม่สม่ำเสมอ ต้องการการนึ่งรักษาเพิ่มเติม
- อุทสาหร่ายหรือผมเร็ว ที่บริเวณปลูกถ่าย
- ไม่มีการตอบสนอง — ผลลัพธ์ PRP แตกต่างกันและต้องการชุดการรักษา 3-4 ครั้งบวกการรักษาต่อเนื่อง; ผมหลุดร่วงต่อเนื่องในพื้นที่ที่ไม่ได้รับการรักษา

ผลลัพธ์ต้องใช้เวลา 3-6 เดือน (PRP) หรือ 9-12 เดือน (ปลูกถ่าย) เพื่อให้มองเห็นได้

ฉันเข้าใจว่าผลการรักษาผมหลุดร่วงเป็นค่อย ๆ ค่อยน่าย แตกต่างกันระหว่างบุคคล อาจต้องการชุดการรักษา และการรักษาแพทย์ที่ต่อเนื่อง และไม่มีารรับประกันความหนาแน่นหรือการปกคลุมเฉพาะ

ฉันเข้าใจว่าผลลัพธ์แตกต่างกันและใช้เวลาหลายเดือน: _____

ฉันเข้าใจความเสี่ยงจากการออกเลือด การติดเชื้อ shock loss แพลงเป็น ความชา และการอยู่รอดของปลูกถ่ายต่ำ และฉันได้เปิดเผยยาทั้งหมด สภาวะhead และการใช้โคติน

ฉันเข้าใจความเสี่ยงจากการผ่าตัดและฉีดยา: _____

การปล่อยภาพถ่าย

เราสามารถถ่ายภาพก่อนและหลังการรักษาของคุณในบันทึกการรักษาได้หรือไม่? *

☐ ใช่ — สำหรับบันทึกแพทย์ของฉันเท่านั้น ☐ ใช่ — และคุณอาจใช้เพื่อการตลาดที่ไม่ระบุชื่อ

☐ ไม่ใช่

บันทึกบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	พื้นที่	การรักษา / กระหม่อม / ปริมาณ	หมายเหตุ
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ความยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมบรรจุงการรักษามผมหลุดร่วงที่เลือกไว้ข้างต้นด้วยความสมัครใจ ฉันได้รับการแจ้งเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง ทางเลือก (รวมถึงการรักษาแพทย์และไม่ได้รับการรักษา) และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ฉันเข้าใจว่าเป็นขั้นตอนที่เลือกด้วยสมัครใจและไม่มีการรับประกันผลลัพธ์ ฉันปล่อยความรับผิดชอบต่อผู้ให้บริการและคลินิก ยกเว้นกรณีที่มีความประมาท

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้นและให้ความยินยอมที่มีสติ

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้ที่ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ