

Saç Restorasyonu Onayı (PRP / Transplant)

PRP saçlı deri enjeksiyonları, mikroneedling ve foliküler ünite ekstraksiyon prosedürleri dahil saç restorasyonu tedavileri için bilgilendirilmiş onam

Müşteri Bilgileri

Ad *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Tedavi Ayrıntıları

Tedavi *

- | | |
|---|--|
| ☐ PRP saçlı deri enjeksiyonları | ☐ PRP ve mikroneedling |
| ☐ Foliküler ünite ekstraksiyon (FUE) transplantı | ☐ FUE kaş / sakal transplantı |
| ☐ Ekzozom veya büyüme faktörü terapisi | ☐ Diğer |

Alanlar *

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| ☐ Tepesi | ☐ Saç çizgisi / Şakaklarla | ☐ Yaygın seyreltme |
| ☐ Kaşlar | ☐ Sakal | ☐ Skar örtüsü |

Saç dökülmesini ne kadar süredir fark ettiniz? *

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| ☐ 1 yıldan az | ☐ 1-5 yıl | ☐ 5 yıldan fazla |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|

Bir doktor saç dökülmenizin nedenini teşhis etti mi? *

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Evet | ☐ Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

Şimdiye kadar denenen tedaviler (minoksidil, finasterid, takviyeler, önceki PRP veya transplant)

Tıbbi Geçmiş

Hamile misiniz, hamile olmaya çalışıyor musunuz veya emzirme yapıyor musunuz? *

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Evet | ☐ Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

Aşağıdakilerden herhangi birine sahip misiniz?

- | | |
|---|--|
| ☐ Otoimmün hastalık (lupus, RA, MS, vb.) | ☐ Kanama bozukluğu veya antikoagülan kullanma |
| ☐ Diyabet | ☐ Keloid veya hipertrofik skar öyküsü |
| ☐ Kanser (güncel veya son 5 yıl içinde) | ☐ İmmün sistemi baskılanmış / immün bozukluğu |
| ☐ Yukarıdakilerin hiçbiri | |

Aktif bir saçlı deri enfeksiyonu, psoriasis, folikülit veya açık yaranız var mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Alopesia areata, skar yapan alopesia veya otoimmün saç hastalığınız var mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Trombosit veya kanında bir bozukluk var mı veya antikoagülan kullanıyor musunuz? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Son 6 ay içinde izotretinoin (Accutane) kullandınız mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Sigara içiyor veya nikotin vaperü kullanıyor musunuz? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Hamile misiniz veya emzirme yapıyor musunuz? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Güncel ilaçlar ve takviyeler

Alerjiler (ilaçlar, lateks, lidokain, anestezikler)

Riskler ve Komplikasyonlar

Potansiyel Riskler ve Komplikasyonlar:

- Saçlı deri hassasiyeti, şişlik ve morartı birkaç gün boyunca; saç çizgisi tedavisinden sonra alın şişmesi
- Enjeksiyon veya ekstraksiyon bölgelerinde kanama
- Enfeksiyon veya folikülit
- Geçici döküntü mevcut saçlardan (şok kaybı) tedaviden 2-8 hafta sonra, genellikle iyileşme
- Saçlı deride uyuşukluk veya değişen duyum, genellikle geçici
- Donör alanda küçük nokta skarlar FUE'den sonra; aşırı hasat yapılırsa donör alanın görünür seyreltmesi
- Kötü greft sağkalımı, doğal olmayan saç çizgisi veya eşit olmayan yoğunluk daha fazla seansları gerektiren
- Greft bölgelerinde kistler veya içe doğru büyüyen saçlar
- Tepki yok — PRP sonuçları değişken ve bir seri 3-4 seansı artı bakım gerektiren; saç dökülmesi tedavi edilmeyen alanlarda devam ediyor

Sonuçların görünür olması 3-6 ay (PRP) veya 9-12 ay (transplant) sürer.

Saç restorasyonu sonuçlarının kademeli, bireyler arasında değişken, bir dizi tedavi ve devam eden tıbbi tedavi gerektirebileceğini ve hiçbir belirli yoğunluk veya kapsama garantisinin verilmediğini anladığımı kabul ederim.

Sonuçların değişken olduğunu ve aylar aldığını anlıyorum: _____

Kanama, enfeksiyon, şok kaybı, skarlaşma, uyuşukluk ve kötü greft sağkalımı risklerini anlıyorum ve tüm ilaçları, saçlı deri durumlarını ve nikotin kullanımını açıklamışım.

Cerrahi ve enjeksiyon risklerini anlıyorum: _____

Fotoğraf Yayın Hakkı

Tedavi kaydınız için ön-sonra fotoğrafları çekebilir miyiz? *

- ☐ Evet — sadece tıbbi kaydım için
- ☐ Evet — ve pazarlama için anonim olarak kullanabilirsiniz
- ☐ Hayır

Hizmet Kaydı

Yalnızca ofis kullanımı için

	Tarih	Alan	Tedavi / Greftler / Hacim	Notlar
Giriş 1				
Giriş 2				
Giriş 3				
Giriş 4				
Giriş 5				
Giriş 6				

Onam ve İmza

Yukarıda seçilen saç restorasyonu tedavisine gönüllü olarak onay veriyorum. Faydalar, riskler, alternatifler (tıbbi tedavi ve tedavi yok dahil) ve olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmiş bulunuyorum. Bunun elektif bir prosedür olduğunu ve sonucu garantileyen hiçbir garantinin verilmediğini anlıyorum. Sağlayıcı ve klinizi, ihmal durumları hariç bu tedaviye ilişkin sorumluluklardan kurtarıyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladığımı ve bilgilendirilmiş onay verdiğimi onaylıyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım: _____

İmza

Tarih

Adı yazın

Tarih *

GG / AA / YYYY

Bu form Consentify tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır

Consentify, bunun gibi formları müşterilerinizin QR kod aracılığıyla kendi telefonlarında imzaladığı dijital rızaya dönüştürür — otomatik PDF'ler, kontrendikasyon bayrakları ve şifreli depolama ile. Ücretsiz plan <https://getconsentify.com> adresinde mevcuttur.

Yalnızca şablon. Kullanmadan önce kendi lisanslı uzman veya hukuk müşaviri ile gözden geçirin; gereksinimler yargı alanına ve uygulamaya göre değişir.