

Інформована згода на відновлення волосся (PRP / Трансплантація)

Інформована згода на лікування відновлення волосся, включаючи ін'єкції PRP у шкіру голови, мікронідлінг та процедури екстракції фолікулярних одиниць

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Лікування *

- | | |
|--|---|
| ☐ Ін'єкції PRP у шкіру голови | ☐ PRP з мікронідлінгом |
| ☐ Трансплантація фолікулярних одиниць (FUE) | ☐ Трансплантація FUE брів / бороди |
| ☐ Терапія екзосомами або факторами росту | ☐ Інше |

Ділянки *

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| ☐ Макушка | ☐ Лінія волосся / скроні | ☐ Дифузне розрідження |
| ☐ Брови | ☐ Борода | ☐ Приховування рубців |

Як довго ви помічаєте випадання волосся? *

- ☐ Менше 1 року ☐ 1-5 років ☐ Більше 5 років

Чи встановив лікар причину вашого випадання волосся? *

- ☐ Так ☐ Ні

Лікування, які ви спробували до цього (міноксидил, фінастерид, добавки, попередня PRP або трансплантація)

Медичний анамнез

Чи ви вагітні, намагаєтеся завагітніти або годуєте груддю? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є якісь з наступного?

- ☐ Аутоімунне захворювання (вовча, РА, РС тощо)
- ☐ Порушення згортання крові або прийм антикоагулянтів
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Історія келоїдних або гіпертрофічних рубців
- ☐ Рак (поточний або протягом останніх 5 років)
- ☐ Імуносупресія / порушення імунітету
- ☐ Нічого з перерахованого вище

Чи у вас є активна інфекція шкіри голови, псоріаз, фолікуліт або відкриті рани? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є вогнищева алопеція, рубцева алопеція або аутоімунне захворювання волосся? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є порушення тромбоцитів або крові, або ви приймаєте антикоагулянти? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи ви приймали ізотретиноїн (Акутейн) за останні 6 місяців? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи ви палите або парите нікотин? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи ви вагітні або годуєте груддю? *

- ☐ Так ☐ Ні

Поточні ліки та добавки

Алергії (ліки, латекс, лідокаїн, анестетики)

Ризики та ускладнення

Потенційні ризики та ускладнення:

- Болючість, набряк та синці шкіри голови протягом кількох днів; набряк лоба після лікування лінії волосся
- Кровотеча на місцях ін'єкцій або екстракції
- Інфекція або фолікуліт
- Тимчасове випадання наявного волосся (шок-алопеція) через 2-8 тижнів після лікування, зазвичай відновлюється
- Оніміння або змінена чутливість шкіри голови, зазвичай тимчасова
- Маленькі крапкові рубці на ділянці донора після FUE; видиме розрідження ділянки донора при надмірному збиранні
- Низька виживаність трансплантата, неестетична лінія волосся або нерівномірна щільність, що потребує подальших сеансів
- Кісти або врослаючі волосся на місцях трансплантації
- Відсутність реакції — результати PRP варіюються та потребують серії з 3-4 сеансів плюс постійна терапія; випадання волосся продовжується в нелікованих ділянках

Результати стають видимими через 3-6 місяців (PRP) або 9-12 місяців (трансплантація).

Я розумію, що результати відновлення волосся поступові, варіюються між людьми, можуть потребувати серії лікування та постійної медичної терапії, і що жодна конкретна щільність або покриття не гарантована.

Я розумію, що результати варіюються і потребують місяців: _____

Я розумію ризики кровотечі, інфекції, шок-алопеції, рубцювання, оніміння та низької виживаності трансплантата, і що я розкрив усі ліки, стан шкіри голови та використання нікотину.

Я розумію хірургічні та ін'єкційні ризики: _____

Дозвіл на фотографування

Чи можемо ми робити фото до та після для вашого медичного запису? *

- ☐ Так — лише для мого медичного запису
- ☐ Так — і ви можете використовувати їх анонімно для маркетингу
- ☐ Ні

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Ділянка	Лікування / Трансплантати / Обсяг	Примітки
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно даю згоду на обране лікування відновлення волосся. Мене були інформовані про переваги, ризики, альтернативи (включаючи медичну терапію та відсутність лікування) та потенційні ускладнення. Я розумію, що це добровільна процедура і жодне гарантування результату не було надано. Я звільняю постачальника та клініку від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, крім випадків недбалості.

Я підтверджую, що прочитав та зрозумів наведену вище інформацію і даю свою інформовану згоду.

Я прочитав та розумію наведену вище інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.