

毛发恢复同意书（PRP / 移植）

毛发恢复治疗知情同意，包括PRP头皮注射、微针治疗和毛囊单位提取手术

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

治疗 *

☐ PRP头皮注射

☐ PRP配合微针治疗

☐ 毛囊单位提取（FUE）移植

☐ FUE眉毛/胡须移植

☐ 外泌体或生长因子疗法

☐ 其他

治疗部位 *

☐ 头顶

☐ 发际线/太阳穴

☐ 弥散性脱发

☐ 眉毛

☐ 胡须

☐ 疤痕覆盖

您注意到脱发有多长时间？ *

☐ 不到1年

☐ 1-5年

☐ 超过5年

医生是否诊断过您脱发的原因？ *

☐ 是

☐ 否

迄今尝试过的治疗（米诺地尔、非那雄胺、补充剂、先前的PRP或移植）

病史

您是否怀孕、试图怀孕或正在哺乳？ *

☐ 是

☐ 否

您是否患有以下任何疾病？

- ☐ 自身免疫病（红斑狼疮、类风湿性关节炎、多发性硬化症等）
- ☐ 出血倾向或正在服用血液稀释剂
- ☐ 糖尿病
- ☐ 瘢痕疙瘩或增生性瘢痕病史
- ☐ 癌症（现有或过去5年内）
- ☐ 免疫抑制/免疫功能障碍
- ☐ 上述都没有

您是否患有活动性头皮感染、银屑病、毛囊炎或开放性伤口？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否患有斑秃、瘢痕性脱发或自身免疫性毛发疾病？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否患有血小板或血液紊乱，或正在服用抗凝血剂？ *

☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内是否服用过异维A酸（Accutane）？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否吸烟或使用电子烟？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否怀孕或正在哺乳？ *

☐ 是 ☐ 否

当前服用的药物和补充剂

过敏（药物、乳胶、利多卡因、麻醉剂）

风险和并发症

潜在风险和并发症：

- 头皮触痛、肿胀和淤青，持续数日；发际线治疗后额头肿胀
- 注射或提取部位出血
- 感染或毛囊炎
- 现有毛发暂时脱落（休止期脱落），通常在治疗后2-8周发生，通常会恢复
- 头皮麻木或感觉异常，通常为暂时性
- 供体部位出现小圆点疤痕（FUE后）；过度取样时供体部位可见变薄
- 移植植物存活率低、发际线不自然或密度不均，可能需要进一步治疗
- 囊肿或内向型毛发在移植部位
- 无效果 —— PRP效果因人而异，需要进行3-4个疗程加维护治疗；未处理部位的脱发继续进行

效果需要3-6个月（PRP）或9-12个月（移植）才能显现。

我理解毛发恢复效果逐步显现，因人而异，可能需要一系列治疗和持续的医疗疗法，且没有保证具体的密度或覆盖范围。

我了解效果因人而异，需
要数月时间：_____

我了解出血、感染、休止期脱落、瘢痕、麻木和移植植物存活率低的风险，且我已披露所有药物、头皮病症和尼古丁使用情况。

我了解手术和注
射风险：_____

照片使用许可

我们可以为您的治疗记录拍摄前后照片吗？ *

☐ 是——仅供我的医疗记录使用 ☐ 是——您可以匿名将其用于市场营销 ☐ 否

服务记录

仅供办公室使用

	日期	部位	治疗/移植植物/体积	备注
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意和签名

我自愿同意上述选定的毛发恢复治疗。我已被告知其益处、风险、替代方案（包括医疗疗法和不治疗）以及潜在的并发症。我理解这是一项自选手术，没有保证结果。我免除医疗提供者和诊所因与本治疗相关的责任，过失情况除外。

我确认我已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上
述信息: _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。