

Consenso per Terapia IV / Infusione di Vitamine

Consenso informato per infusioni di vitamine IV, terapia di idratazione e infusioni di nutrienti

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli dell'Infusione

Infusione Richiesta *

- ☐ Idratazione (Soluzione Fisiologica / Soluzione di Ringer Lattato)
- ☐ Infusione di Vitamina C
- ☐ Cocktail di Myers (vitamine B, C, Magnesio, Calcio)
- ☐ Infusione di NAD+
- ☐ Glutathione (Schiarimento della Pelle)
- ☐ Potenziamiento Immunitario (Zinco, Vitamina C, B12)
- ☐ Recupero Atletico
- ☐ Recupero dalla Sbornia
- ☐ Miscela Personalizzata

Aggiunte (se applicabile)

- ☐ Iniezione di B12
- ☐ Biotina
- ☐ Zofran (anti-nausea)
- ☐ Toradol (anti-infiammatorio)
- ☐ Nessuno

Screening Sanitario

Sei attualmente incinta o stai allattando? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai una malattia renale o sei in dialisi? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai insufficienza cardiaca congestizia? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai allergie note a vitamine, integratori o contrasto IV? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, per favore descrivi

Hai una delle seguenti condizioni?

- ☐ Diabete
 ☐ Pressione sanguigna alta
- ☐ Deficit di G6PD
 ☐ Emocromatosi (sovraccarico di ferro)
- ☐ Nessuna delle precedenti

Rischi e Informazioni

Rischi Potenziali della Terapia IV:

- Dolore, lividi o gonfiore nel sito di infusione
- Infiltrazione (fuoriuscita di fluido nel tessuto circostante)
- Flebite (infiammazione della vena)
- Reazione allergica ai componenti dell'infusione
- Infezione nel sito di iniezione (rara)
- Embolia gassosa (estremamente rara)
- Sovraccarico di fluidi in individui suscettibili
- Squilibrio elettrolitico
- Vertigini o nausea durante l'infusione

Importante: La terapia IV non è un sostituto del trattamento medico. I risultati variano a seconda dell'individuo.

Sono stato/a informato/a dei potenziali rischi e benefici della terapia IV. Comprendo che questo è un servizio di benessere elettivo.

Comprendo i rischi della terapia IV: _____

Registro del Servizio

Solo per uso interno

	Data	Componente	Dose	Velocità
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Acconsento alla terapia IV descritta sopra. Ho divulgato tutte le informazioni sanitarie rilevanti e comprendo i rischi e i benefici. Comprendo che questo è un servizio di benessere elettivo e non un sostituto del trattamento medico.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni sopra riportate: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.