

Consimțământ pentru Terapie IV / Infuzie Vitamice

Consimțământ informat pentru picături de vitamine IV, terapie de rehidratare și infuzii de nutrienți

Informații Client

Prenume *

Nume *

Adresă Email *

Număr Telefon *

Data Nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Detalii Infuzie

Infuzie Solicitată *

- | | |
|---|--|
| ☐ Rehidratare (Soluție Fiziologică / Soluție Ringer) | ☐ Infuzie Vitamina C |
| ☐ Cocktail Myers (Vitamine B, C, Magneziu, Calciu) | ☐ Infuzie NAD+ |
| ☐ Glutacioni (Clarificare Piele) | ☐ Stimulare Imunitate (Zinc, Vitamina C, B12) |
| ☐ Recuperare Atletică | ☐ Recuperare Mahmureală |
| ☐ Amestec Personalizat | |

Suplimente (dacă este cazul)

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| ☐ Injecție B12 | ☐ Biotină | ☐ Zofran (Anti-greață) |
| ☐ Toradol (Anti-inflamator) | ☐ Niciunul | |

Screening Sănătate

Sunteți în prezent gravidă sau alăptați? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți boală renală sau urmați dializă? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți insuficiență cardiacă congestivă? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți vreo alergie cunoscută la vitamine, suplimente sau contrast IV? *

- ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, vă rog descrieți

Aveți vreo din următoarele?

- ☐ Diabet
 ☐ Tensiune arterială ridicată
- ☐ Deficit G6PD
 ☐ Hemocromatoză (supraîncărcare fier)
- ☐ Niciunul din cele de mai sus

Riscuri și Informații

Riscuri Potențiale ale Terapiei IV:

- Durere, vânătăi sau umflare la locul infuziei
- Infiltrare (scurgerea fluidului în țesuturile înconjurătoare)
- Flebit (inflamarea venei)
- Reacție alergică la componentele infuziei
- Infecție la locul injectiei (rar)
- Embolie aeriană (extrem de rar)
- Supraîncărcare cu fluid la indivizii susceptibili
- Dezechilibru electrolitic
- Amețeală sau greață în timpul infuziei

Important: Terapie IV nu este înlocuitor pentru tratament medical. Rezultatele variază de la persoană la persoană.

Am fost informat despre riscurile și beneficiile potențiale ale terapiei IV. Înțeleg că aceasta este un serviciu wellness opțional.

Înțeleg riscurile terapiei IV: _____

Jurnal Servicii

Doar pentru uz intern

	Data	Component	Doză	Ritm
Înregistrare 1				
Înregistrare 2				
Înregistrare 3				
Înregistrare 4				
Înregistrare 5				
Înregistrare 6				

Consimțământ și Semnătură

Consimț la terapia IV descrisă mai sus. Am dezvăluit toate informațiile de sănătate relevante și înțeleg riscurile și beneficiile. Înțeleg că aceasta este un serviciu wellness opțional și nu un înlocuitor pentru tratament medical.

Confirm că am citit și înțeleg informațiile de mai sus și dau consimțământul meu informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.