

Согласие на IV-терапию / Инфузию витаминов

Информированное согласие на внутривенные витаминные инфузии, терапию регидратации и инфузии питательных веществ

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали инфузии

Запрашиваемая инфузия *

- ☐ Гидратация (физиологический раствор / раствор Рингера)
- ☐ Инфузия витамина С
- ☐ Коктейль Майерса (витамины В, С, магний, кальций)
- ☐ Инфузия NAD+
- ☐ Глутатион (осветление кожи)
- ☐ Иммунный защита (цинк, витамин С, В12)
- ☐ Спортивное восстановление
- ☐ Восстановление после похмелья
- ☐ Специальная смесь

Дополнения (если применимо)

- ☐ Инъекция В12
- ☐ Биотин
- ☐ Зофран (против тошноты)
- ☐ Торадол (противовоспалительное)
- ☐ Нет

Медицинский скрининг

Вы в настоящий момент беременны или кормите грудью? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть заболевание почек или вы на диализе? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть застойная сердечная недостаточность? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть известные аллергии на витамины, добавки или контрастное вещество для IV? *

☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, опишите

У вас есть что-либо из следующего?

- ☐ Диабет
 ☐ Высокое кровяное давление
☐ Дефицит G6PD
 ☐ Гемохроматоз (избыток железа)
☐ Ничего из перечисленного

Риски и информация

Потенциальные риски IV-терапии:

- Боль, синяки или отек в месте введения
- Инфильтрация (утечка жидкости в окружающие ткани)
- Флебит (воспаление вены)
- Аллергическая реакция на компоненты инфузии
- Инфекция в месте инъекции (редко)
- Воздушная эмболия (крайне редко)
- Перегрузка жидкостью у восприимчивых людей
- Дисбаланс электролитов
- Головокружение или тошнота во время инфузии

Важно: IV-терапия не заменяет медицинское лечение. Результаты варьируются в зависимости от человека.

Я ознакомлен(а) с потенциальными рисками и преимуществами IV-терапии. Я понимаю, что это факультативная оздоровительная услуга.

Я понимаю риски IV-терапии: _____

Журнал обслуживания

Только для служебного пользования

	Дата	Компонент	Доза	Скорость
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я даю согласие на IV-терапию, описанную выше. Я раскрыл(а) всю релевантную информацию о здоровье и понимаю риски и преимущества. Я понимаю, что это факультативная оздоровительная услуга и не является заменой медицинскому лечению.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понимаю вышеуказанную информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал(а) и понимаю вышеуказанную информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.