

Souhlas s laserovým a IPL odstraňováním chlupů

Informovaný souhlas s laserovým a IPL odstraňováním chlupů se screening typu kůže, slunečního záření a léků

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti léčby

Oblasti léčby *

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Tvář / Horní ret / Brada | ☐ Podpaží | ☐ Paže |
| ☐ Bikini / Brazilská | ☐ Nohy | ☐ Záda / Hrud' |
| ☐ Ostatní | | |

Jak vaše kůže reaguje na sluneční záření? *

- | | |
|--|---|
| ☐ Vždy spálí, nikdy se neopaluje (I) | ☐ Obvykle spálí, minimálně se opaluje (II) |
| ☐ Někdy spálí, postupně se opaluje (III) | ☐ Zřídka spálí, snadno se opaluje (IV) |
| ☐ Velmi zřídka spálí, velmi snadno se opaluje (V) | ☐ Nikdy nespálí, hluboce pigmentovaná (VI) |

Měli jste v poslední 2-4 týdny sluneční záření, návštěvu solária nebo aplikaci samoopalovacího přípravku na danou oblast? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Depilovali jste, vytrhávali jste, vlákňovali jste nebo používali jste depilační krém na danou oblast v poslední 4 týdny? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Měli jste již dříve laserové nebo IPL odstraňování chlupů? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, měl jste nějakou nežádoucí reakci?

Lékařská anamnéza

Jste těhotná, snažíte se otěhotnět nebo kojíte? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte některý z následujících stavů?

- | | |
|---|---|
| ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, RA, MS atd.) | ☐ Porucha srážlivosti nebo užívání antikoagulancií |
| ☐ Diabetes | ☐ Anamnéza keloidů nebo hypertrofických jizev |
| ☐ Rakovina (současná nebo v posledních 5 letech) | ☐ Oslabenost imunity / porucha imunity |
| ☐ Žádný z výše uvedených | |

Užívali jste isotretinoin (Accutane) v posledních 6 měsících? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Užíváte nějaký fotosenzibilizující lék (některé antibiotika, retinoidní, nebo třezalka tečkovaná)? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte v oblasti léčby herpes labialis nebo recidivy herpes? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte tetování nebo permanentní make-up v oblasti léčby? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte PCOS, hormonální poruchu nebo užíváte hormonální terapii? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Současné léky a doplňky

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

Rizika a komplikace

Potenciální rizika a komplikace:

- Zarudnutí, otoky a pocit spálení od slunce po dobu několika hodin až dní
- Puchýře nebo strupy (vzácné)
- Hyperpigmentace nebo hypopigmentace — tmavší nebo světlejší skvrny, obvykle dočasné, ale občas trvalé, více pravděpodobné s opálením nebo u tmavších typů kůže
- Paradoxní růst chlupů — nové jemné chlupy poblíž léčené oblasti, zvláště na obličeji a krku
- Jizvy (vzácné)
- Poranění očí pokud se nenosí ochranné brýle

Laserové odstraňování chlupů snižuje počet chlupů; není to trvalé odstraňování. Typický je kurz 6–8 sezení v intervalu 4–8 týdnů plus údržba. Vyhnout se slunečnímu záření a používat SPF 30+ na léčené oblasti 2 týdny před a po každém sezení.

Rozumím, že výsledky se liší podle barvy chlupů, typu kůže a hormonů, že šedé, bílé, červené nebo velmi jemné chlupy reagují špatně a že je nutno absolvovat více sezení a údržbu.

Beru na vědomí, že snižování chlupů není trvalé odstraňování: _____

Rozumím, že opálená nebo slunečně exponovaná kůže výrazně zvyšuje riziko spálení a změn pigmentace a souhlasím s tím, abych se vyhnul slunečnímu záření a samoopalovacímu přípravku před a po léčbě.

Budu dodržovat pokyny na ochranu před sluncem: _____

Protokol služeb

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Přístroj / Fluence /Spot	Poznámky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s léčbou laserovým nebo IPL odstraňováním chlupů. Byl jsem informován o přínosech, rizicích, alternativách a potenciálních komplikacích, včetně možnosti spálení a změn pigmentace. Rozumím, že jde o volitelný kosmetický zákrok a nebyl mi dán žádný slib týkající se výsledku. Zproštím poskytovatele a praktiky odpovědnosti související s touto léčbou s výjimkou případů nedbalosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl a rozuměl výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.