

Согласие на лазерное удаление волос

Информированное согласие на лазерное и IPL удаление волос с проверкой типа кожи, солнечного воздействия и приема медикаментов

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали лечения

Зоны лечения *

- | | |
|---|---|
| ☐ Лицо / Верхняя губа / Подбородок | ☐ Подмышки |
| ☐ Руки | ☐ Бикини / Полная эпиляция |
| ☐ Ноги | ☐ Спина / Грудь |
| ☐ Другое | |

Как ваша кожа реагирует на солнце? *

- | | |
|--|--|
| ☐ Всегда горит, никогда не загорает (I) | ☐ Обычно горит, загорает минимально (II) |
| ☐ Иногда горит, загорает постепенно (III) | ☐ Редко горит, загорает легко (IV) |
| ☐ Очень редко горит, загорает очень легко (V) | ☐ Никогда не горит, глубокая пигментация (VI) |

Были ли у вас солнечное воздействие, солярий или автозагар на этой зоне в течение последних 2-4 недель? *

- ☐ Да ☐ Нет

Использовали ли вы воск, пинцет, нитку или кремовый депилятор на этой зоне в течение последних 4 недель? *

- ☐ Да ☐ Нет

Ранее ли вы проходили лазерное или IPL удаление волос? *

- ☐ Да ☐ Нет

Если да, была ли неблагоприятная реакция?

Медицинская история

Вы беременны, пытаетесь зачать или кормите грудью? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас какое-либо из следующих?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, ревматоидный артрит, рассеянный склероз и т.д.)
- ☐ Нарушение свертываемости или прием антикоагулянтов
- ☐ Сахарный диабет
- ☐ История келоидного или гипертрофического рубца
- ☐ Рак (текущий или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессивное состояние / иммунное заболевание
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Принимали ли вы изотретиноин (Аккутан) в течение последних 6 месяцев? *

☐ Да ☐ Нет

Принимаете ли вы какие-либо фотосенсибилизирующие лекарства (некоторые антибиотики, ретиноиды, зверобой)? *

☐ Да ☐ Нет

Бывают ли у вас герпес или герпетические высыпания в зоне лечения? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас татуировка или перманентный макияж в зоне лечения? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас СПКЯ, гормональное заболевание или вы принимаете гормональную терапию? *

☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Потенциальные риски и осложнения:

- Покраснение, отек и ощущение солнечного ожога в течение нескольких часов до дней
- Волдыри или корочки (редко)
- Гиперпигментация или гипопигментация — более темные или светлые пятна, обычно временные, но иногда длительные, более вероятны при загаре или более темных типах кожи
- Парадоксальный рост волос — новые тонкие волосы рядом с обработанной зоной, особенно на лице и шее
- Рубцевание (редко)
- Повреждение глаз если не использовать защитные очки

Лазерное удаление волос снижает рост волос; это не постоянное удаление. Типичный курс составляет 6–8 сеансов с интервалом 4–8 недель, плюс поддержание. Избегайте солнечного воздействия и используйте SPF 30+ на обработанных зонах в течение 2 недель до и после каждого сеанса.

Я понимаю, что результаты зависят от цвета волос, типа кожи и гормонов, что серые, белые, рыжие или очень тонкие волосы реагируют плохо и что требуется несколько сеансов и поддержка.

Я понимаю, что удаление волос не является постоянным: _____

Я понимаю, что загоревшая или подвергшаяся солнечному воздействию кожа значительно увеличивает риск ожогов и изменения пигментации, и я согласен избегать солнечного воздействия и автозагара до и после лечения.

Я буду следовать инструкциям по защите от солнца: _____

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Зона	Устройство / Плотность / Пятно	Примечания
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно согласен на лазерное или IPL удаление волос. Мне были сообщены преимущества, риски, альтернативы и возможные осложнения, включая возможность ожогов и изменения пигментации. Я понимаю, что это плановая косметическая процедура и никаких гарантий результата не дано. Я освобождаю поставщика услуг и практику от ответственности, связанной с этим лечением, кроме случаев халатности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял информацию выше и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понял информацию выше: _____

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.