

Інформована згода на лазерне та IPL видалення волосся

Інформована згода на лазерне та IPL видалення волосся зі скринінгом типу шкіри, сонячного опалення та прийому ліків

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Електронна адреса *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Зони лікування *

- | | |
|---|---|
| ☐ Обличчя / Верхня губа / Підбородок | ☐ Пахвові впадини |
| ☐ Руки | ☐ Бікіні / Бразильське |
| ☐ Ноги | ☐ Спина / Груді |
| ☐ Інше | |

Як ваша шкіра реагує на сонячне світло? *

- ☐ Завжди обгоряє, ніколи не засмаглюється (I)
- ☐ Зазвичай обгоряє, мінімально засмаглюється (II)
- ☐ Іноді обгоряє, поступово засмаглюється (III)
- ☐ Рідко обгоряє, легко засмаглюється (IV)
- ☐ Дуже рідко обгоряє, дуже легко засмаглюється (V)
- ☐ Ніколи не обгоряє, глибоко пігментована (VI)

Ви мали сонячне опалення, відвідували солярій або використовували автозасмаглювач на цій ділянці протягом останніх 2-4 тижнів? *

☐ Так ☐ Ні

Ви видаляли волосся воском, щипцями, ниткою або депіляторним кремом на цій ділянці протягом останніх 4 тижнів? *

☐ Так ☐ Ні

Ви раніше проходили лазерне або IPL видалення волосся? *

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, була якась несприятлива реакція?

Медичний анамнез

Ви вагітні, намагаєтесь завагітніти або годуєте грудьми? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є будь-яке з наступного?

- ☐ Аутоімунне захворювання (люпус, РА, РС тощо)
- ☐ Розлад згортання крові або прием антикоагулянтів
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Історія келоїдних або гіпертрофічних рубців
- ☐ Рак (поточний або протягом останніх 5 років)
- ☐ Імуносупресія / імунне захворювання
- ☐ Жодне з наведених вище

Ви приймали ізотретиноїн (Accutane) протягом останніх 6 місяців? *

☐ Так ☐ Ні

Ви приймаєте якісь фотосенсибілізуючі ліки (деякі антибіотики, ретиноїди, звіробиї)? *

☐ Так ☐ Ні

У вас виникають герпес губ або герпес на ділянці лікування? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є татування або постійний макіяж на ділянці лікування? *

☐ Так ☐ Ні

У вас СПКЯ, гормональне захворювання або ви приймаєте гормональну терапію? *

☐ Так ☐ Ні

Поточні ліки та добавки

Алергії (ліки, латекс, лідокаїн, анестетики)

Ризики та ускладнення

Потенційні ризики та ускладнення:

- Почервоніння, набряк та почуття як від сонячного опіку на кілька годин до днів
- Пухирці або кірки (рідко)
- Гіперпігментація або гіпопігментація — темніші або світліші плями, зазвичай тимчасові, але іноді тривалі, більш імовірні при засмаглені або темнішому типі шкіри
- Парадоксальний ріст волосся — нове тонке волосся поблизу оброблюваної ділянки, особливо на обличчі та шиї
- Рубцювання (рідко)
- Травма ока, якщо не носити захисні окуляри

Лазерне видалення волосся зменшує волосся; це не є постійним видаленням. Типово потребується курс із 6–8 сеансів з інтервалом 4–8 тижнів плюс обслуговування. Уникайте сонячного опалення та використовуйте SPF 30+ на оброблюваних ділянках за 2 тижні до та після кожного сеансу.

Я розумію, що результати різняться залежно від кольору волосся, типу шкіри та гормонів, що сіре, біле, червоне або дуже тонке волосся погано реагує, і що потребуються численні сеанси та обслуговування.

Я розумію, що скорочення волосся не є постійним видаленням: _____

Я розумію, що засмаглена або сонячна шкіра значно підвищує ризик опіків та змін пігментації, і я згоден уникати сонячного опалення та автозасмаглювача до та після лікування.

Я дотримуватимусь інструкцій по захисту від сонця: _____

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Зона	Прилад / Потік енергії / Розмір пляма	Примітки
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно даю згоду на лазерне або IPL видалення волосся. Мене інформували про переваги, ризики, альтернативи та потенційні ускладнення, включаючи можливість опіків та змін пігментації. Я розумію, що це факультативна косметична процедура, і жодної гарантії результату не було надано. Я звільняю провайдера та практику від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, крім випадків недбалості.

Я підтверджую, що ознайомився та розумію наведену вище інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я ознайомився та розумію наведену вище інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.