

ใบยินยอมการรักษาด้วยเลเซอร์

ใบยินยอมที่ได้รับการแจ้งข้อมูลสำหรับการรักษาด้วยเลเซอร์กำจัดขน IPL และการขัดสหนังด้วยเลเซอร์

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

เบอร์โทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดการรักษา

ประเภทการรักษาด้วยเลเซอร์ *

☐ กำจัดขนด้วยเลเซอร์

☐ IPL Photofacial

☐ การขัดสหนังด้วยเลเซอร์ (Fractional CO2, Erbium)

☐ ลบรอยสักด้วยเลเซอร์

☐ เลเซอร์ระบบหลอดเลือด (เส้นเลือดใต้ผิว ความแดง)

☐ เลเซอร์สีเบ็ดสี (จุดแดง ผิวน้ำไม่สม่ำเสมอ)

พื้นที่ที่จะรักษา *

☐ ใบหน้า

☐ คอ

☐ อกหน้า

☐ แขน

☐ รักแร้

☐ หลัง

☐ ท้อง

☐ พื้นที่บิกินี

☐ ขาทิ้งสอง

☐ ลำตัวขาด้านล่าง

☐ มือ

หมายเลขครั้งการรักษา

การคัดกรองสุขภาพ

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณสัมผัสแดด ใช้ครีมกันแดด หรือเข้าเตียงได้แสงแดดเทียมในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณกำลังรับประทานยาที่ไวต่อแสง (ยาปฏิชีวนะ เรตินอยด์ Accutane) หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีการติดเชื้อผิวหนังที่ยังคงเป็น แผลเปิด หรือแผลเย็บในพื้นที่รักษาหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีสิ่งใดต่อไปนี้หรือไม่?

- ☐ Vitiligo ☐ Melasma ☐ ประวัติการเป็นแผลเป็นรูปก้อย
- ☐ โรคลมชักที่เกิดจากแสง ☐ เครื่องสตั้มหัวใจหรืออุปกรณ์ที่ปลูกไว้ ☐ ไม่มีอันใดเลย

ประเภทผิวหนังฟกซ์แพทริก *

- ☐ ประเภท I - โหมดเสมอ ไม่มีสีเม ☐ ประเภท II - โหมดมักจะ สีเมน้อยมาก ☐ ประเภท III - โหมดบ่อยครั้ง สีเมสม่ำเสมอ
- ☐ ประเภท IV - โหมดน้อยมาก สีเมได้ง่าย ☐ ประเภท V - โหมดได้ยาก สีเมเข้มเต็ม ☐ ประเภท VI - ไม่โหม้เลย มีเม็ดสีสำเร็จ

ความเสี่ยงและการดูแลหลังการรักษา

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น:

- ความแดง บวม และความอบอุ่น (เกิดบ่อยครั้ง หายในไม่กี่ชั่วโมงถึงวัน)
- แผลเป็นหรือหลุดลอก (ไม่บ่อยนัก)
- การเล่นสีเกินหรือขาดสี (มีแนวโน้มมากกว่าในผิวหนังสีเข้ม)
- โหมดหรือแผลเป็น (หายาก)
- การเจริญเติบโตของขนในทิศทางตรงกันข้าม (หายากในการกำจัดขน)
- บาดเจ็บตาหากไม่ใส่แว่นตาป้องกัน
- การฟื้นตัวของไขมันหัวใจใหญ่ (แผลเย็บ)

การดูแลหลังการรักษา:

- ใช้ผ้าเย็นและวุ้นหางจระเข้ตามต้องการ
- หลีกเลี่ยงแสงแดดและใช้ SPF 30+ ทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
- อย่าขูดหรือลบผิวที่รักษาแล้ว
- หลีกเลี่ยงอบน้ำร้อน ห้องอบไอน้ำ และการออกกำลังกายเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง
- อย่าขัดขน บีบ หรือใช้ครีมสำหรับระหว่างครั้งการรักษา (การโกนหนวดได้)

ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยเลเซอร์และตกลงจะปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังการรักษาทั้งหมด

ฉันเข้าใจความเสี่ยงและข้อกำหนดในการดูแลหลังการรักษา: _____

บันทึกการรักษา

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	พื้นที่	ความยาวคลื่น	Fluence / ดังคำ
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมต่อการรักษาด้วยเลเซอร์ตามที่อธิบายไว้ข้างต้น ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกอื่น

ฉันได้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและตกลงจะปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังการรักษา ฉันปล่อยให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบต่อฟอง

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้การยินยอมที่ได้รับข้อมูลจากฉัน

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แพลตฟอร์มใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ