

Συναίνεση Μικροβελονισμού

Ενημερωμένη συναίνεση για θεραπείες μικροβελονισμού (θεραπεία επαγωγής κολλαγόνου)

Στοιχεία Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Συσκευή Μικροβελονισμού *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF Microneedling)

☐ Vivace

☐ Άλλο

Περιοχές Θεραπείας *

☐ Ολόκληρο πρόσωπο

☐ Λαιμός

☐ Αποδικοιλτή

☐ Χέρια

☐ Ραγάδες

☐ Ουλές ακμής (συγκεκριμένη περιοχή)

Πρόσθετα Ορύματα (εάν ισχύει)

☐ PRP (Αιμοπετάλων Πλούσιο Πλάσμα)

☐ Όρυμα υαλουρονικού οξέος

☐ Όρυμα παράγοντα ανάπτυξης

☐ Όρυμα βιταμίνης C

☐ Κανένα

Έλεγχος Υγείας

Έχετε ενεργά ακμή, κριθαρίαση ή λοίμωξη του δέρματος στην περιοχή θεραπείας; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε διαταραχή πήξης αίματος ή λαμβάνετε αντιπηκτικά; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ιστορικό κελοειδών ή υπερτροφικών ουλών; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Είστε επί του παρόντος έγκυος ή θηλάζετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε υποβληθεί σε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- ☐ Χημική αποφλοιώση
 ☐ Θεραπεία με λείζερ
 ☐ Αποτρίχωση με κεριά
☐ Ηλιακό έγκαυμα
 ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Κίνδυνοι & Φροντίδα Μετά τη Θεραπεία

Τι Περιμένετε:

- Ερύθημα και ήπιο οίδημα παρόμοιο με ηλιακό έγκαυμα για 24-72 ώρες
- Ελαφρά αιμορραγία με σημειακή αιμορροή κατά τη θεραπεία (φυσιολογικό)
- Το δέρμα μπορεί να αισθάνεται σφιγμένο, ζεστό και ευαίσθητο
- Ελαφρή αποφλοιώση ή απόψιλωση για 3-5 ημέρες

Πιθανοί Κίνδυνοι:

- Παρατεταμένο ερύθημα ή οίδημα
- Μώλωπες
- Λοίμωξη (εάν δεν ακολουθηθεί η φροντίδα μετά τη θεραπεία)
- Φλεγμονώδης υπερχρωμία μετα-θεραπείας
- Σουβλιασμός (σπάνιο)
- Αλλεργική αντίδραση σε τοπικά ορούματα
- Έξαρση ή milia

Φροντίδα Μετά τη Θεραπεία:

- Αποφύγετε την άμεση έκθεση στον ήλιο και χρησιμοποιήστε SPF 30+ για τουλάχιστον 2 εβδομάδες
- Όχι μακιγιάζ για 24 ώρες
- Όχι ενεργά προϊόντα περιποίησης δέρματος (ρετινοειδή, AHA, βιταμίνη C) για 72 ώρες
- Διατηρήστε το δέρμα καθαρό και ενυδατωμένο
- Μη σκαλίζετε ή γρατσουνάτε το θεραπευμένο δέρμα
- Αποφύγετε κολύμβηση, σάουνες και έντονη άσκηση για 48 ώρες

Αναγνωρίζω τους πιθανούς κινδύνους του μικροβελονισμού και συμφωνώ να ακολουθήσω όλες τις οδηγίες φροντίδας που παρέχονται.

Κατανοώ τους κινδύνους και τις απαιτήσεις φροντίδας μετά τη θεραπεία: _____

Καταγραφή Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Βάθος (mm)	Περάσματα
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ στη διαδικασία μικροβελονισμού που περιγράφεται παραπάνω. Κατανοώ τους κινδύνους, τα οφέλη και τις εναλλακτικές λύσεις. Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις. Συμφωνώ να ακολουθήσω όλες τις οδηγίες προ και μετα-θεραπείας. Απελευθερώνω τον παροχέα και την πρακτική από την ευθύνη.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.