

Согласие на микронидлинг

Информированное согласие на процедуры микронидлинга (терапия индукции коллагена)

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали процедуры

Устройство для микронидлинга *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF микронидлинг)

☐ Vivace

☐ Другое

Области обработки *

☐ Все лицо

☐ Шея

☐ Декольте

☐ Руки

☐ Растяжки

☐ Рубцы от акне (конкретная область)

Дополнительные сыворотки (если применимо)

☐ PRP (плазма, обогащённая тромбоцитами)

☐ Сыворотка гиалуроновой кислоты

☐ Сыворотка с фактором роста

☐ Сыворотка с витамином С

☐ Нет

Оценка здоровья

У вас сейчас активные прыщи, обострение розацеи или кожная инфекция на участке обработки? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть нарушение свёртываемости крови или вы принимаете антикоагулянты? *

☐ Да ☐ Нет

У вас в истории были келоидные или гипертрофические рубцы? *

☐ Да ☐ Нет

Вы сейчас беременны или кормите грудью? *

☐ Да ☐ Нет

Вы проходили какие-либо из следующих процедур в течение последних 2 недель?

- ☐ Химический пилинг
 ☐ Лазерная процедура
 ☐ Восковая депиляция
☐ Солнечный ожог
 ☐ Ни одна из перечисленных

Риски и уход после процедуры

Чего ожидать:

- Покраснение и лёгкий отёк, похожие на солнечный ожог, в течение 24-72 часов
- Лёгкие точечные кровоизлияния во время процедуры (норма)
- Кожа может ощущаться натянутой, горячей и чувствительной
- Лёгкое шелушение или отслаивание в течение 3-5 дней

Потенциальные риски:

- Длительное покраснение или отёк
- Синяки
- Инфекция (если не соблюдать уход после процедуры)
- Постинфламматорная гиперпигментация
- Рубцевание (редко)
- Аллергическая реакция на местные сыворотки
- Высыпания или просяные зёрна

Уход после процедуры:

- Избегайте прямого солнечного света и используйте SPF 30+ минимум 2 недели
- Без макияжа в течение 24 часов
- Без активных средств для кожи (ретиноиды, АХА, витамин С) в течение 72 часов
- Держите кожу чистой и увлажнённой
- Не царапайте и не трите обработанную кожу
- Избегайте плавания, саун и интенсивных упражнений в течение 48 часов

Я признаю потенциальные риски микронидлинга и согласен соблюдать все предоставленные инструкции по уходу после процедуры.

Я понимаю риски и требования по уходу после процедуры: _____

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Глубина (мм)	Проходы
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я даю согласие на процедуру микронидлинга, описанную выше. Я понимаю риски, преимущества и альтернативы. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, и я получил удовлетворительные ответы. Я согласен соблюдать все инструкции до и после процедуры. Я освобождаю поставщика услуг и клинику от ответственности.

Я подтверждаю, что прочитал и понимаю приведённую выше информацию, и даю своё информированное согласие.

Я прочитал и понимаю приведённую выше информацию: _____

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.