

ใบยินยอมการรักษาด้วยไมโครนีดลิ่ง

ใบยินยอมวิจารณ์อันเป็นไปตามกฎหมายสำหรับการรักษาด้วยไมโครนีดลิ่ง (Collagen Induction Therapy)

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อ *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดการรักษา

อุปกรณ์ไมโครนีดลิ่ง *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF Microneedling)

☐ Vivace

☐ อื่นๆ

พื้นที่รักษา *

☐ ใบหน้าเต็ม

☐ คอ

☐ ไหล่กว้าง

☐ มือ

☐ ริวเลียน

☐ แผลเป็นจากสิว (บริเวณเฉพาะ)

เซรั่มเสริม (หากมี)

☐ PRP (Platelet Rich Plasma)

☐ เซรั่มกรดไฮยาลูโรนิก

☐ เซรั่มปัจจัยการเจริญเติบโต

☐ เซรั่มวิตามินซี

☐ ไม่มี

การคัดกรองสุขภาพ

คุณมีสิวอักเสบสัญญาณ ผื่นโรเซเชีย หรือติดเชื้อผิวหนังในบริเวณที่จะรักษาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีโรคความผิดปกติในการเลือดหรือกำลังใช้ยาบางตัวเพื่อเจือจางเลือดหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีประวัติการเกิดเนื้อแดงหรือแผลเป็นแบบเสริมหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรอยู่หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณได้รับการรักษาใด ๆ ต่อไปนี้ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่

☐ ปอกเปลือกด้วยสารเคมี

☐ การรักษาด้วยเลเซอร์

☐ ขนด้วยครีมแว็กซ์

☐ โหม้แดดจากแสงแดด

☐ ไม่มีข้างต้น

ความเสี่ยงและการดูแลหลังการรักษา

สิ่งที่เกิดขึ้น:

- ผิวดำแดงและบวมเล็กน้อยคล้ายกับไหม้แดด ซึ่งจะเกิดขึ้นเป็นเวลา 24-72 ชั่วโมง
- เลือดออกเพียงเล็กน้อยในระหว่างการรักษา (ปกติ)
- ผิวดำอาจรู้สึกตึง อุ่น และไวต่อสัมผัส
- ผิวดำอาจแพะเศษหรือบวมเล็กน้อยเป็นเวลา 3-5 วัน

ความเสี่ยงที่เป็นไปได้:

- ผิวดำแดงหรือบวมนานกว่าปกติ
- แผลเขม็งสีม่วง
- ติดเชื้อ (หากไม่ปฏิบัติตามการดูแลหลังการรักษา)
- ความเสี่ยงของการเกิดสีเข้มหลังการอักเสบสัญญาณ
- แผลเป็น (หายาก)
- ปฏิกิริยาแพ้ต่อเซรัม
- การเกิดสิวใหม่หรือมีเสียว

การดูแลหลังการรักษา:

- หลีกเลี่ยงแสงแดดโดยตรงและใส่ครีมกันแดด SPF 30+ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- ไม่ใช้เครื่องสำอางตามปกติสำหรับ 24 ชั่วโมง
- ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวดำแบบแข็ง (retinoids, AHAs, วิตามินซี) เป็นเวลา 72 ชั่วโมง
- ทำให้ผิวดำสะอาดและชุ่มชื้น
- อย่าถูหรือขีดผิวดำที่รักษาแล้ว
- หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำ ห้องซาวน่า และการออกกำลังกายอย่างรุนแรงเป็นเวลา 48 ชั่วโมง

ฉันยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยไมโครนีดลิ่ง และตกลงปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังการรักษาที่ได้รับ

ฉันเข้าใจความเสี่ยงและข้อกำหนดการดูแลหลังการรักษา: _____

บันทึกการรักษา

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	บริเวณ	ความลึก (มม.)	จำนวนครั้ง
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมให้ทำการรักษาด้วยไมโครนีดลิ่งตามที่อธิบายไว้ข้างต้น ฉันเข้าใจความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกอื่น ๆ
 ฉันมีโอกาสนในการถามคำถามและได้รับคำตอบที่น่าพอใจ ฉันตกลงปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งก่อนและหลังการรักษา
 ฉันปลดปล่อยผู้ให้บริการและคลินิกจากความรับผิดชอบตามกฎหมาย

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมที่เป็นไปตามกฎหมาย

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

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

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ