

Згода на мікронідлінг

Інформована згода на процедури мікронідлінгу (терапія індукції колагену)

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі процедури

Пристрій для мікронідлінгу *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF мікронідлінг)

☐ Vivace

☐ Інше

Зони обробки *

☐ Все обличчя

☐ Шия

☐ Декольте

☐ Руки

☐ Розтяжки

☐ Рубці від акне (певна область)

Додаткові серуми (якщо застосовується)

☐ PRP (плазма, багата тромбоцитами)

☐ Сироватка з гіалуронової кислоти

☐ Сироватка з фактором росту

☐ Сироватка з вітаміном С

☐ Немає

Оцінка здоров'я

У вас зараз активні прищі, загострення розацеї або шкірна інфекція на зоні обробки? *

☐ Так ☐ Ні

У вас порушення згортання крові або ви приймаєте антикоагулянти? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є історія келоїдних або гіпертрофічних рубців? *

☐ Так ☐ Ні

Ви вагітні або годуєте груддю? *

☐ Так ☐ Ні

Ви мали будь-які з наступних процедур в останні 2 тижні?

☐ Хімічний пілінг

☐ Лазерна процедура

☐ Депіляція воском

☐ Сонячний опік

☐ Жодна з перерахованих

Ризики та догляд після процедури

Чого очікувати:

- Почервоніння та легкий набряк, подібний до сонячного опіку протягом 24-72 годин
- Легкі точкові кровотечі під час процедури (норма)
- Шкіра може відчуватися напруженою, гарячою та чутливою
- Легке шелушення або лущення протягом 3-5 днів

Потенційні ризики:

- Тривале почервоніння або набряк
- Синці
- Інфекція (якщо не дотримуватися рекомендацій після процедури)
- Гіперпігментація після запалення
- Рубцювання (рідко)
- Алергічна реакція на топічні серуми
- Висип або мілія

Догляд після процедури:

- Уникайте прямого сонячного світла та носіть SPF 30+ не менше 2 тижнів
- Без макіяжу протягом 24 годин
- Без активних засобів для догляду за шкірою (ретиноїди, АНА, вітамін С) протягом 72 годин
- Тримайте шкіру чистою та зволоженою
- Не чисайте та не тягніть обробленої шкіри
- Уникайте плавання, саун та інтенсивних вправ протягом 48 годин

Я визнаю потенційні ризики мікронідлінгу та погоджуюся дотримуватися всіх наданих рекомендацій щодо догляду після процедури.

Я розумію ризики та вимоги щодо догляду після процедури: _____

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Область	Глибина (мм)	Проходи
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я даю згоду на процедуру мікронідлінгу, описану вище. Я розумію ризики, переваги та альтернативи. Мені була надана можливість поставити питання, і я отримав задовільні відповіді. Я погоджуюся дотримуватися всіх рекомендацій до та після процедури. Я звільняю провайдера та клініку від відповідальності.

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

Я прочитав 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.