

ใบยินยอมการฉีดสารประกอบเทียมประสาท (Botox/Dysport)

ใบยินยอมโดยรู้ข้อมูลสำหรับการฉีดสารประกอบเทียมประสาท รวมถึง Botox, Dysport, Xeomin และ Jeuveau

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

ข้อมูลการรักษา

ผลิตภัณฑ์สารประกอบเทียมประสาท *

- ☐ Botox (onabotulinumtoxinA) ☐ Dysport (abobotulinumtoxinA) ☐ Xeomin (incobotulinumtoxinA)
☐ Jeuveau (prabotulinumtoxinA)

บริเวณที่รักษา *

- ☐ ท่ามกลางคิ้ว ☐ เส้นหางกรรม ☐ แก้มเหวอก (รอบดวงตา)
☐ เส้นกระต่าย (จมูก) ☐ ฟลิกลิปส์ ☐ แบนแขนบคาง
☐ เจอร์ (การลดสมองเชิงและสมองกระต่าย) ☐ แถบลำคอ (platysma) ☐ ปัญหาหน้าใจ (การเหงื่อออกมากเกินไป)
☐ อื่น ๆ

หากเป็นอื่น โปรดระบุ

การตรวจสอบสุขภาพ

คุณมีโรคสัมผัสประสาท-กล้ามเนื้อหรือไม่ (เช่น ALS โรคกล้ามเนื้อสั่นหรือลักษณะเฉพาะของ Lambert-Eaton)? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณเคยฉีดสารประกอบเทียมประสาทมาก่อนหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

หากใช่ โปรดอธิบายปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ก่อนหน้านี้

คุณกำลังตั้งครรภ์ให้นมบุตร หรือวางแผนจะตั้งครรภ์หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณกำลังรับประทานยาแอมิโนกลีโคไซด์แอนติไบโอติกหรือยาเพื่อขับเลือดเหลวหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ความเสี่ยงและประโยชน์

ความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น:

ผลข้างเคียงทั่วไปรวมถึงความแดง บวม ฝ่า และความไม่สบายเล็กน้อยที่บริเวณการฉีด ความเสี่ยงที่ไม่ค่อยเกิดขึ้นแต่เป็นไปได้รวมถึง:

- Ptosis (ตาลอยตัวลงหรือคิ้วลอยตัวลง) มักจะชั่วคราว (2-6 สัปดาห์)
- ความไม่สมดุล ต้องการการปรับแต่ง
- ปวดหัว หลังการรักษา
- อาการคล้ายไข้หวัด เป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง
- การหลุดไปของ ผลิตภัณฑ์ไปยังบริเวณที่ไม่ต้องการ
- ปฏิกิริยาแพ้ (หายาก)
- ความยากลำบากในการกลืนหรือหายใจ หากผลิตภัณฑ์ลามออกไป (หายากมาก)

ผลลัพธ์มักปรากฏภายใน 3-14 วันและคงอยู่ 3-4 เดือน ผลลัพธ์ส่วนบุคคลอาจแตกต่างกัน อาจแนะนำให้ปรับแต่งหลังจากการฉีดครั้งแรก 2 สัปดาห์

ฉันได้รับการแจ้งเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยสารประกอบเทียมประสาท รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะอาการตาลอยตัวลง ความไม่สมดุล ฝ่า และปฏิกิริยาแพ้ ฉันเข้าใจว่าผลลัพธ์ไม่มีการรับประกัน

ฉันยอมรับความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น: _____

คำแนะนำก่อนและหลังการรักษา

ก่อนการรักษา:

- หลีกเลี่ยงยาที่เป็นตัวเมื่อดูดซึม (แอสไพริน ไอบูโพรเฟน น้ำมันปลา) เป็นเวลา 7 วันก่อน
- หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ 24 ชั่วโมงก่อน
- มาถึงด้วยใบหน้าสะอาด ไม่มีเครื่องสำอาง

หลังการรักษา:

- อย่าถูหรือนวดบริเวณที่รักษา 24 ชั่วโมง
- อยู่ในท่าตั้งสูตรเป็นเวลา 4 ชั่วโมงหลังการรักษา
- หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักเป็นเวลา 24 ชั่วโมง
- หลีกเลี่ยงสระว่ายน้ำร้อน ก่อมน้ำร้อน และความร้อนสุดขีดเป็นเวลา 48 ชั่วโมง
- อย่าทำให้ผิวหนังหรือการรักษาหน้าอื่นๆ เป็นเวลา 2 สัปดาห์

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่าน เข้าใจ และตกลงที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนและหลังการรักษาที่ให้ไว้ข้างต้น

ฉันได้อ่านและจะปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนและหลังการรักษา: _____

บันทึกบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	บริเวณ	ผลิตภัณฑ์ / เลขแปด	หน่วย
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				

	วันที่	บริเวณ	ผลิตภัณฑ์ / เลขแปลง	หน่วย
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ใบยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมโดยสมัครใจกับการรักษาฉีดสารประกอบเทียมประสาทดังกล่าวข้างต้น
ฉันมีโอกาสในการถามคำถามและคำถามทั้งหมดของฉันได้รับการตอบสนองอย่างน่าพอใจ
ฉันเข้าใจว่าการปฏิบัติทางการแพทย์ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ที่แน่นอนและไม่มีการรับประกันใดๆ เกี่ยวกับผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้
ฉันปล่อยให้ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลปลอดจากความรับผิดชอบใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้นและให้ความยินยอมโดยรู้ข้อมูล
ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น _____ วันที่ _____

พิมพ์ชื่อ _____

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเดือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน

ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ