

神经毒素同意书（肉毒杆菌/保妥适）

神经毒素注射的知情同意书，包括肉毒杆菌、保妥适、溴化肉毒杆菌和杰允

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗信息

神经毒素产品 *

☐ 肉毒杆菌（肉毒杆菌毒素A）

☐ 保妥适（肉毒杆菌毒素A）

☐ 溴化肉毒杆菌（肉毒杆菌毒素A）

☐ 杰允（肉毒杆菌毒素A）

治疗区域 *

☐ 眉间（眉毛之间）

☐ 额头纹

☐ 鱼尾纹（眼周围）

☐ 兔纹（鼻子）

☐ 嘴唇翘起

☐ 下巴凹陷

☐ 咬肌（下颌瘦脸）

☐ 颈部肌肉带（颈部）

☐ 多汗症（过度出汗）

☐ 其他

如为其他，请详细说明

健康筛查

您是否患有神经肌肉疾病（如ALS、重症肌无力、兰伯特-伊顿综合征）？ *

☐ 是 ☐ 否

您之前是否接受过神经毒素注射？ *

☐ 是 ☐ 否

如是，请描述任何之前的不良反应

您目前是否怀孕、哺乳或计划怀孕？ *

☐ 是 ☐ 否

您目前是否服用氨基糖苷类抗生素或血液稀释剂？ *

☐ 是 ☐ 否

风险和益处

潜在风险和副作用：

常见的副作用包括注射部位的暂时性发红、肿胀、淤青和轻微不适。不太常见但可能的风险包括：

- 眼睑下垂（眼睑或眉毛下垂），通常是暂时性的（2-6周）
- 不对称，需要修饰治疗
- 头痛，治疗后出现
- 类流感症状，持续24-48小时
- 产品迁移到非目标区域
- 过敏反应（罕见）
- 吞咽或呼吸困难，如果产品扩散（非常罕见）

效果通常在3-14天内出现，持续3-4个月。个人效果可能有所不同。初次注射后2周可能建议进行补充治疗。

我已被告知神经毒素治疗的潜在风险和副作用，包括但不限于眼睑下垂、不对称、淤青和过敏反应。我明白结果不被保证。

我确认已阅读上述风险:

治疗前后说明

治疗前：

- 治疗前7天避免血液稀释药物（阿司匹林、布洛芬、鱼油）
- 治疗前24小时避免饮酒
- 到达时面部应清洁，不化妆

治疗后：

- 治疗后24小时内不要摩擦或按摩治疗区域
- 治疗后4小时内保持直立姿势
- 24小时内避免剧烈运动
- 48小时内避免桑拿、热水浴和极端高温
- 2周内不要进行面部护理或其他面部治疗

我确认已阅读、理解并同意遵循上述治疗前后说明。

我已阅读并将遵循治疗前后说明:

服务日志

仅供办公室使用

	日期	区域	产品/批号	单位
项目 1				
项目 2				
项目 3				

	日期	区域	产品/批号	单位
项目 4				
项目 5				
项目 6				

同意和签名

我自愿同意接受上述神经毒素注射治疗。我有机会提出问题，我的所有问题都已得到令人满意的解答。我明白医学实践不是精确科学，对本程序的结果没有任何保证。我免除诊所和医疗提供者与此治疗相关的任何责任。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予我的知情同意。

我已阅读并理解上述信息：_____

签名 _____ 日期 _____

打印姓名 _____

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。