

Συναίνεση Ανύψωσης Νήματος PDO

Ενημερωμένη συναίνεση για ανύψωση νημάτων PDO, PLLA και PCL και λεία θεραπεία νημάτων του προσώπου, του λαιμού και του σώματος

Στοιχεία Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Τύπος νήματος *

- ☐ Νήματα με αγκίστρια / ανύψωσης ☐ Λεία / μονό νήματα
☐ Και τα δύο

Περιοχές θεραπείας *

- ☐ Μεσαίο πρόσωπο / Μάγουλα ☐ Γραμμή σαγονιού / Κάθετες σιελογόνες
☐ Λαιμός ☐ Φρύδι
☐ Μύτη ☐ Σώμα (κοιλία, μπράτσα, γόνατα)

Έχετε κάνει νήματα παλιότερα; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, πότε, που και τυχόν προβλήματα;

Έχετε λάβει fillers ή neurotoxin στην περιοχή τις τελευταίες 2 εβδομάδες; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να μείνετε έγκυος ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποιο από τα παρακάτω;

- | | |
|--|--|
| ☐ Αυτοάνοσο νόσημα (λύκος, RA, MS κ.λπ.) | ☐ Διαταραχή αιμορραγίας ή λαμβάνετε αντιπηκτικά |
| ☐ Διαβήτης | ☐ Ιστορικό κελοειδών ή υπερτροφικών ουλών |
| ☐ Καρκίνος (τρέχων ή εντός των τελευταίων 5 ετών) | ☐ Ανοσοκατασταλμένος / διαταραχή ανοσίας |
| ☐ Κανένα από τα παραπάνω | |

Έχετε ενεργή ακμή, λοίμωξη ή φλεγμονή στην περιοχή θεραπείας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε πολύ λεπτό δέρμα ή σημαντική χαλάρωση δέρματος; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Είστε αλλεργικοί στο πολυδιοξανόνιο (PDO), πολυγαλακτικό οξύ ή άλλα υλικά ραφών; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Σχεδιάζετε χειρουργική επέμβαση προσώπου ή άλλες διαδικασίες προσώπου εντός 6 μηνών; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Λαμβάνετε αντιπηκτικά ή έχετε διαταραχή αιμορραγίας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Πιθανοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Οίδημα, μώλωπες και ευαισθησία για 1-2 εβδομάδες
- Σμίκνυση, περιστροφή ή ανωμαλία δέρματος — συνήθως ηρεμεί εντός 2-3 εβδομάδων· περιστασιακά χρειάζεται προσαρμογή
- Ορατά ή ψηλαφητά νήματα, ειδικά σε λεπτό δέρμα
- Μετανάστευση ή εξώθηση νήματος — το άκρο του νήματος μπορεί να χρειαστεί κοπή ή αφαίρεση
- Ασυμμετρία
- Λοίμωξη και φλεγμονώδης αντίδραση
- Βλάβη νεύρου ή σιελογόνου αδένα — προσωρινή μούδιασμα ή πόνος (σπάνιο)
- Αίμα (συγκέντρωση αίματος)
- Περιορισμένο ή βραχύβιο αποτέλεσμα — τα νήματα ανύψωσης διαλύονται εντός 6-12 μηνών· το αποτέλεσμα ανύψωσης είναι ταπεινό σε σχέση με την χειρουργική επέμβαση

Αποφύγετε το ευρύ άνοιγμα του στόματος, το μάσημα σκληρών τροφών, το μασάζ προσώπου, τις οδοντιατρικές εργασίες και τον ύπνο στο πρόσωπο για 2 εβδομάδες.

Κατανοώ ότι ανύψωση νήματος παρέχει ένα λεπτό, προσωρινό ανύψωση που δεν αντικαθιστά την χειρουργική ανύψωση, ότι τα νήματα διαλύονται κατά τη διάρκεια μηνών και ότι μπορεί να χρειαστεί επαναλαμβανόμενη θεραπεία.

Κατανοώ ότι το αποτέλεσμα είναι ταπεινό και προσωρινό: _____

Κατανοώ ότι σμίλευση, ορατά ή ψηλαφητά νήματα, μετανάστευση, εξώθηση και ασυμμετρία μπορεί να συμβούν και μπορεί να απαιτήσουν ακολουθητική θεραπεία ή αφαίρεση νήματος.

Κατανοώ τους κινδύνους σμίλευσης, ορατότητας και μετανάστευσης: _____

Άδεια Φωτογραφίας

Μπορούμε να τραβήξουμε φωτογραφίες πριν και μετά για το δικό σας αρχείο θεραπείας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου αρχείο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τις χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για μάρκετινγκ
- ☐ Όχι

Ημερολόγιο Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Τύπος νήματος / Αριθμός / Αριθμό παρτίδας	Σημειώσεις
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συμφωνώ εθελοντικά στη θεραπεία ανύψωσης νήματος. Έχω ενημερωθεί σχετικά με τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές λύσεις (συμπεριλαμβάνης χειρουργικής ανύψωσης, injectables και συσκευών ενέργειας) και πιθανών επιπλοκών. Κατανοώ ότι αυτή είναι μια προαιρετική καλλυντική διαδικασία με προσωρινά αποτελέσματα και δεν έχει δοθεί κανένα αλλά αποτελέσματος. Απελευθερώνω τον πάροχο και την πρακτική από ευθύνη που σχετίζεται με αυτήν τη θεραπεία εκτός από περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη ρητή συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.