

Souhlas s PRP / Vampire Facial

Informovaný souhlas s terapií pomocí plazmy bohaté na trombocyty (PRP) a mikrojehličkováním s PRP

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Detaily léčby

Typ PRP léčby *

- ☐ PRP Facial (Vampire Facial - PRP + Microneedling) ☐ PRP Injekce (kloub, vlasová pokožka nebo kůže)
☐ PRP Obnova vlasů

Ošetřované oblasti *

- ☐ Tvář ☐ Krk ☐ Vlasová pokožka
☐ Pod očima ☐ Ruce ☐ Kloub (upřesněte)

Zdravotní screening

Jste v současné době těhotná nebo kojící? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte poruchu krvácení nebo dysfunkci destiček? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Užíváte antikoagulantia nebo NSAIDs (aspirin, ibuprofen)? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte nějakou aktivní kožní infekci nebo herpes zoster v ošetřované oblasti? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte nějakou aktivní malignitu nebo onemocnění přenášené krví? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Užívali jste Accutane v posledních 6 měsících? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Rizika a očekávaná rekonvalescence

O léčbě PRP:

PRP používá vaši vlastní krev, která je odebrána, zpracována v odstředivce pro koncentraci destiček a následně aplikována na kůži prostřednictvím microneedlingu nebo injikována do cílových oblastí.

Potenciální rizika:

- Modřiny, zarudnutí a otékání v místě odběru krve a ošetření
- Bolest nebo diskomfort během léčby
- Infekce (vzácně)
- Alergická reakce na anestetizující krém (samotné PRP používá vaši vlastní krev)
- Dočasná hyperpigmentace
- Uzlíky v místech injekce (vzácně)
- Výsledky se liší – obvykle je potřeba více sezení

Péče po léčbě:

- Nedotýkejte se ošetřené oblasti po dobu 6 hodin
- Bez make-up po dobu 24 hodin
- Vyhněte se slunci, cvičení, sauně po dobu 48 hodin
- Bez retinoidů nebo peelingu po dobu 72 hodin
- Udržujte kůži hydratovanou

Rozumím, že PRP zahrnuje odběr krve a rizika spojená jak s odběrem, tak s léčbou. Souhlasím s pokračováním.

Rozumím rizikům a proceduru odběru krve: _____

Protokol služby

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Krok	Detail	Poznámky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Souhlasím s léčbou PRP popsanou výše, včetně odběru krve. Rozumím rizikům, přínosům a alternativám. Sdělil/a jsem všechny relevantní zdravotní informace. Osvoboduji poskytovatele od odpovědnosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl/a jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.