

Συναίνεση PRP / Vampire Facial

Ενημερωμένη συναίνεση για θεραπεία Platelet Rich Plasma και θεραπείες PRP microneedling

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Τύπος Θεραπείας PRP *

- ☐ PRP Facial (Vampire Facial — PRP + Microneedling) ☐ Ενέσεις PRP (άρθρωση, τριχωτό δέρμα ή δέρμα)
☐ Αποκατάσταση Μαλλιών PRP

Περιοχές Θεραπείας *

- ☐ Πρόσωπο ☐ Λαιμός ☐ Τριχωτό δέρμα
☐ Κάτω από τα μάτια ☐ Χέρια ☐ Άρθρωση (προσδιορίστε)

Έλεγχος Υγείας

Είστε επί του παρόντος έγκυος ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε διαταραχή αιμάτωσης ή δυσλειτουργία αιμοπεταλίων; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Λαμβάνετε αραιωτικά του αίματος ή NSAIDs (ασπιρίνη, ιβουπροφένη); *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ενεργές λοιμώξεις δέρματος ή έρπητα στην περιοχή θεραπείας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ενεργό καρκίνο ή ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του αίματος; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε λάβει Accutane τα τελευταία 6 μήνια; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Κίνδυνοι & Αναμενόμενη Ανάρρωση

Σχετικά με τη Θεραπεία PRP:

Το PRP χρησιμοποιεί το δικό σας αίμα, το οποίο αποσύρεται, επεξεργάζεται σε φυγόκεντρο για συγκέντρωση αιμοπεταλίων και στη συνέχεια εφαρμόζεται στο δέρμα μέσω microneedling ή ενέργειας στις περιοχές-στόχο.

Πιθανοί Κίνδυνοι:

- Μώλωπες, ερύθημα και οίδημα στο σημείο αναρρόφησης αίματος και θεραπείας
- Πόνος ή δυσφορία κατά τη θεραπεία
- Λοίμωξη (σπάνια)
- Αλλεργική αντίδραση σε κρέμα με anesthetic (το ίδιο το PRP χρησιμοποιεί το δικό σας αίμα)
- Προσωρινή υπερχρωμία
- Κόμποι στο σημείο ένεσης (σπάνια)
- Τα αποτελέσματα διαφέρουν — συνήθως απαιτούνται πολλαπλές συνεδρίες

Φροντίδα Μετά τη Θεραπεία:

- Αποφύγετε να αγγίζετε τη θεραπευμένη περιοχή για 6 ώρες
- Χωρίς μακιγιάζ για 24 ώρες
- Αποφύγετε τον ήλιο, την άσκηση, το σάουνα για 48 ώρες
- Χωρίς ρετινοειδή ή απολεπιστικά για 72 ώρες
- Διατηρήστε το δέρμα ενυδατωμένο

Κατανοώ ότι το PRP περιλαμβάνει αποσύρεση αίματος και τους κινδύνους που σχετίζονται τόσο με την αποσύρεση όσο και με τη θεραπεία. Συναινώ να προχωρήσουμε.

Κατανοώ τους κινδύνους και τη διαδικασία αποσύρεσης αίματος: _____

Καταγραφή Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Βήμα	Λεπτομέρεια	Σημειώσεις
Εγγραφή 1				
Εγγραφή 2				
Εγγραφή 3				
Εγγραφή 4				
Εγγραφή 5				
Εγγραφή 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ στη θεραπεία PRP που περιγράφεται παραπάνω, συμπεριλαμβανομένης της αποσύρεσης αίματος. Κατανοώ τους κινδύνους, τα οφέλη και τις εναλλακτικές λύσεις. Έχω αποκαλύψει όλες τις σχετικές πληροφορίες υγείας. Απελευθερώνω τον πάροχο από την ευθύνη.

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