

PRP / वैम्पायर फेशियल सहमति

प्लेटलेट रचि प्लाज्मा थेरेपी और PRP माइक्रोनीडलिंग उपचार के लिए सूचित सहमति

क्लाइंट की जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म की तारीख *

DD / MM / YYYY

उपचार विवरण

PRP उपचार का प्रकार *

- ☐ PRP फेशियल (वैम्पायर फेशियल — PRP + माइक्रोनीडलिंग) ☐ PRP इंजेक्शन (जोड़, खोपड़ी, या त्वचा)
☐ PRP बाल बहाली

उपचार के क्षेत्र *

- ☐ चेहरा ☐ गर्दन ☐ खोपड़ी
☐ आँखों के नीचे ☐ हाथ ☐ जोड़ (नरिदष्टि करें)

स्वास्थ्य स्क्रीनिंग

क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं या स्तनपान कर रही हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको रक्तस्राव विकार या प्लेटलेट डिसिफंक्शन है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आप रक्त को पतला करने वाली दवाएं या NSAIDs (एसप्रिन, इबुप्रोफेन) ले रहे हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास उपचार क्षेत्र में कोई सक्रिय त्वचा संक्रमण या ठंड के छाले हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको कोई सक्रिय कैंसर या रक्त जनित रोग है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपने पछिले 6 महीने में Accutane लिया है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

जोखमि और अपेक्षति वसूली

PRP उपचार के बारे में:

PRP आपके अपने रक्त का उपयोग करता है, जिसे निकाला जाता है, एक सेंट्रीफ्यूज में प्लेटलेट्स को केंद्रित करने के लिए संसाधित किया जाता है, और फिर माइक्रोनीडलिंग के माध्यम से त्वचा पर लगाया जाता है या लक्ष्य क्षेत्रों में इंजेक्ट किया जाता है।

संभावित जोखिम:

- रक्त ड्रा और उपचार साइटों पर चोट, लालमी और सूजन
- उपचार के दौरान दर्द या बेचैनी
- संक्रमण (दुर्लभ)
- सुन्न करने वाली क्रीम के लिए एलर्जी प्रतिक्रिया (PRP स्वयं आपके अपने रक्त का उपयोग करता है)
- अस्थायी हाइपरपिगमेंटेशन
- इंजेक्शन साइटों पर नोड्यूलस (दुर्लभ)
- परिणाम भिन्न होते हैं — आमतौर पर कई सत्रों की आवश्यकता होती है

देखभाल के बाद:

- 6 घंटे के लिए उपचारित क्षेत्र को छूने से बचें
- 24 घंटे के लिए मेकअप न करें
- 48 घंटे के लिए धूप, व्यायाम, सौना से बचें
- 72 घंटे के लिए रेटिनॉइड्स या एक्सफोलिएंट्स न करें
- त्वचा को हाइड्रेटेड रखें

मैं समझता हूँ कि PRP में रक्त ड्रा और ड्रा और उपचार दोनों से जुड़े जोखिम शामिल हैं। मैं आगे बढ़ने के लिए सहमत हूँ।

मैं जोखिमों और रक्त ड्रा प्रक्रिया को समझता हूँ: _____

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	चरण	विवरण	नोट्स
प्रवर्षित 1				
प्रवर्षित 2				
प्रवर्षित 3				
प्रवर्षित 4				
प्रवर्षित 5				
प्रवर्षित 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं ऊपर वर्णित PRP उपचार के लिए, रक्त ड्रा सहित सहमत होता हूँ। मैं जोखिमों, लाभों और वकिलों को समझता हूँ। मैंने सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा किया है। मैं प्रदाता को दायित्व से मुक्त करता हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने ऊपर की जानकारी को पढ़ा है और समझा है और अपनी सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने ऊपर की जानकारी को पढ़ा और समझा है: _____

हस्ताक्षर

दनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसिंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशुल्क योजना उपलब्ध है। केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।