

Consenso PRP / Vampire Facial

Consenso informato per la terapia con Plasma Ricco di Piastrine (PRP) e trattamenti di microneedling PRP

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Trattamento

Tipo di Trattamento PRP *

- ☐ Trattamento Viso PRP (Vampire Facial — PRP + Microneedling)
- ☐ Iniezioni PRP (articolazione, cuoio capelluto o pelle)
- ☐ Ripristino Capelli PRP

Aree di Trattamento *

- ☐ Viso
- ☐ Collo
- ☐ Cuoio Capelluto
- ☐ Sotto gli Occhi
- ☐ Mani
- ☐ Articolazione (specificare)

Valutazione della Salute

Sei attualmente incinta o allattando? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai un disturbo della coagulazione o una disfunzione piastrinica? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Stai assumendo anticoagulanti o FANS (aspirina, ibuprofene)? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai infezioni cutanee attive o herpes labiale nell'area di trattamento? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai cancro attivo o malattie trasmesse per via ematica? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai assunto Accutane negli ultimi 6 mesi? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Rischi e Recupero Atteso

Informazioni sul Trattamento PRP:

Il PRP utilizza il tuo stesso sangue, che viene prelevato, elaborato in una centrifuga per concentrare le piastrine e poi applicato sulla pelle tramite microneedling o iniettato nelle aree target.

Rischi Potenziali:

- Lividi, arrossamento e gonfiore nei siti di prelievo del sangue e trattamento
- Dolore o disagio durante il trattamento
- Infezione (rara)
- Reazione allergica alla crema anestetica (il PRP stesso utilizza il tuo sangue)
- Iperpigmentazione temporanea
- Noduli nei siti di iniezione (rari)
- I risultati variano — generalmente sono necessarie più sedute

Aftercare:

- Evita di toccare l'area trattata per 6 ore
- Niente trucco per 24 ore
- Evita sole, esercizio e sauna per 48 ore
- Niente retinoidi o esfolianti per 72 ore
- Mantieni la pelle idratata

Comprendo che il PRP comporta un prelievo di sangue e i rischi associati sia al prelievo che al trattamento. Acconsento a procedere.

Comprendo i rischi e la procedura di prelievo del sangue: _____

Registro dei Servizi

Solo per uso interno

	Data	Fase	Dettagli	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Acconsento al trattamento PRP descritto sopra, incluso il prelievo di sangue. Comprendo i rischi, i benefici e le alternative. Ho divulgato tutte le informazioni sanitarie rilevanti. Sollevo il fornitore da qualsiasi responsabilità.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e compreso le informazioni sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.