

PRP / 뱀파이어 페이스셜 동의서

혈소판풍부혈장(PRP) 치료 및 PRP 마이크로니들링 시술에 대한 정보에 입각한 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 상세 정보

PRP 시술 유형 *

☐ PRP 페이스셜(뱀파이어 페이스셜 — PRP + 마이크로니들링) ☐ PRP 주입(관절, 두피 또는 피부)

☐ PRP 모발 재생

시술 부위 *

☐ 얼굴

☐ 목

☐ 두피

☐ 눈 아래

☐ 손

☐ 관절(구체 표시)

건강 검진

현재 임신 중이거나 수유 중입니까? *

☐ 예

☐ 아니오

출혈 장애 또는 혈소판 기능 이상이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

혈액 희석제 또는 NSAID(아스피린, 이부프로펜)를 복용 중입니까? *

☐ 예

☐ 아니오

시술 부위에 활성 피부 감염 또는 구순포진이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

활성 암 또는 혈액 매개 질환이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

지난 6개월 내에 아큐테인을 복용했습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

위험 및 예상 회복

PRP 시술 정보:

PRP는 자신의 혈액을 사용합니다. 혈액을 채취한 후 원심분리기에서 혈소판을 농축하고, 마이크로니들링으로 피부에 도포하거나 목표 부위에 주입합니다.

잠재적 위험:

- 채혈 및 시술 부위에서의 멍, 발적 및 부종
- 시술 중 통증 또는 불편함
- 감염(드물음)
- 마취 크림에 대한 알레르기 반응(PRP 자체는 자신의 혈액 사용)
- 일시적 색소 침착 과다
- 주입 부위의 결절(드물음)
- 결과는 개인차가 있음 — 일반적으로 여러 세션 필요

시술 후 관리:

- 6시간 동안 시술 부위 접촉 금지
- 24시간 동안 화장 금지
- 48시간 동안 햇빛, 운동, 사우나 피하기
- 72시간 동안 레티노이드 또는 필링 제품 사용 금지
- 피부 수분 유지

PRP에 채혈이 포함되며 채혈 및 시술 모두와 관련된 위험이 있음을 이해합니다. 진행에 동의합니다.

위험 및 채혈 절차

이해: _____

서비스 로그

사무실 용도만

	날짜	단계	상세	메모
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

위에서 설명한 채혈을 포함한 PRP 시술에 동의합니다. 위험, 이점 및 대체 방법을 이해합니다. 모든 관련 건강 정보를 공개했습니다. 제공자의 책임을 면제합니다.

위 정보를 읽고 이해했으며 정보에 입각한 동의를 제공함을 확인합니다.

위 정보를 읽고

이해했습니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공합니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.