

ยินยอม PRP / Vampire Facial

ยินยอมอย่างรู้แจ้งสำหรับการรักษาด้วยเลือดที่เข้มข้นด้วยเกล็ดเลือด (PRP) และการรักษา PRP microneedling

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

เบอร์โทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดการรักษา

ประเภทการรักษา PRP *

☐ PRP Facial (Vampire Facial — PRP + Microneedling) ☐ PRP Injections (ข้อต่อ ขนาบหรือผิว)

☐ PRP Hair Restoration

พื้นที่รักษา *

☐ ใบหน้า ☐ คอ ☐
☐ ใต้ตา ☐ มือ ☐ ข้อต่อ (ระบุ)

การคัดกรองสุขภาพ

คุณกำลังท้องหรือให้นมอยู่หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีความผิดปกติในเลือดหรือความผิดปกติของเกล็ดเลือดหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณกำลังใช้ยาลดความหนืดของเลือดหรือ NSAID (แอสไพริน ไอบูโพรเฟน) หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีการติดเชื้อผิวที่ยังคงทำให้เกิดอาการหรือแผลหวัดในพื้นที่รักษาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีมะเร็งที่ยังคงทำให้เกิดอาการหรือโรคที่ติดต่อทางเลือดหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณใช้ Accutane ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ความเสี่ยงและการฟื้นฟูที่คาดหวัง

เกี่ยวกับการรักษา PRP:

การรักษา PRP ใช้เลือดของคุณเอง ซึ่งจะถูกล้างออกมา ผ่านการหมุนเหวี่ยงเพื่อให้เกล็ดเลือดเข้มข้น จากนั้นนำไปทาบนผิวหนังผ่าน microneedling หรือฉีดเข้าไปในพื้นที่เป้าหมาย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น:

- ฟกช้ำ สีแดง และการบวมอักเสบที่จุดดึงเลือดและพื้นที่รักษา
- ความเจ็บปวดหรืออาการอักเสบระหว่างการรักษา
- การติดเชื้อ (หายาก)
- ปฏิกริยาแพ้ต่อครีมน้ำยา (PRP เองใช้เลือดของคุณเอง)
- การเปลี่ยนสีผิวชั่วคราว
- เนื้องอกที่จุดฉีด (หายาก)
- ผลลัพธ์แตกต่างกัน — โดยปกติต้องใช้การรักษาหลายครั้ง

การดูแลหลังการรักษา:

- หลีกเลี่ยงการจับพื้นที่รักษาเป็นเวลา 6 ชั่วโมง
- ไม่ใช้เครื่องสำอาง 24 ชั่วโมง
- หลีกเลี่ยงแดด การออกกำลังกาย และชาวน้ำ 48 ชั่วโมง
- ไม่ใช้ retinoids หรือ exfoliants 72 ชั่วโมง
- รักษาผิวหนังให้ชุ่มชื้น

ฉันเข้าใจว่าการรักษา PRP เกี่ยวข้องกับการดึงเลือดและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดึงเลือดและการรักษา ฉันยินยอมดำเนินการรักษา

ฉันเข้าใจความเสี่ยงและขั้นตอนการดึงเลือด: _____

บันทึกการให้บริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	ขั้นตอน	รายละเอียด	หมายเหตุ
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมในการรักษา PRP ตามที่อธิบายไว้ข้างต้น รวมถึงการดึงเลือด ฉันเข้าใจความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือก
ฉันได้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ฉันปล่อยผู้ให้บริการจากความรับผิดชอบ

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมอย่างรู้แจ้ง

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แอปฟรีใช้ได้ที่ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ