

Згода на ПРП / Vampire Facial

Інформована згода на терапію збагаченою тромбоцитами плазмою (ПРП) та процедури мікронідлінгу ПРП

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Тип лікування ПРП *

- ☐ ПРП для обличчя (Vampire Facial — ПРП + мікронідлінг)
- ☐ ПРП-ін'єкції (суглоб, скальп або шкіра)
- ☐ Відновлення волосся за допомогою ПРП

Ділянки лікування *

- ☐ Обличчя
- ☐ Шия
- ☐ Скальп
- ☐ Під очима
- ☐ Руки
- ☐ Суглоб (вказати)

Медичне обстеження

Ви зараз вагітні або годуєте? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

У вас є порушення коагуляції або дисфункція тромбоцитів? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

Ви приймаєте антикоагулянти або НПЗП (аспірин, ібупрофен)? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

У вас є активні шкірні інфекції або герпес на ділянці лікування? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

У вас є активний рак або захворювання, які передаються через кров? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

Ви приймали Аккутан протягом останніх 6 місяців? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

Ризики та очікуване одужання

Про ПРП-лікування:

ПРП використовує вашу власну кров, яка відбирається, обробляється в центрифугі для концентрування тромбоцитів, а потім наноситься на шкіру за допомогою мікронідлінгу або вводяться в цільові ділянки.

Потенційні ризики:

- Синці, почервоніння та припухлість в місцях відбору крові та лікування
- Біль або дискомфорт під час процедури
- Інфекція (рідко)
- Алергічна реакція на знеболювальний крем (сама ПРП використовує вашу кров)
- Тимчасова гіперпігментація
- Вузлики в місцях ін'єкцій (рідко)
- Результати варіюються — зазвичай потрібні кілька сеансів

Постлікувальний догляд:

- Не торкайтеся оброблюваної ділянки протягом 6 годин
- Без макіяжу протягом 24 годин
- Уникайте сонця, фізичних навантажень, сауни протягом 48 годин
- Без ретиноїдів або пілінгів протягом 72 годин
- Тримайте шкіру зволоженою

Я розумію, що ПРП передбачає відбір крові та ризики, пов'язані як з відбором, так і з лікуванням. Я згоджуюся продовжити.

Я розумію ризики та процедуру відбору крові: _____

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Крок	Деталь	Примітки
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я даю згоду на ПРП-лікування, описане вище, включаючи відбір крові. Я розумію ризики, переваги та альтернативи. Я розкрив всю релевантну інформацію про здоров'я. Я звільняю провайдера від відповідальності.

Я підтверджую, що прочитав і зрозумів наведену вище інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав і розумію наведену вище інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.