

Đồng ý PRP / Vampire Facial

Thỏa thuận sử dụng điều trị Platelet Rich Plasma và các phương pháp điều trị vi kim với PRP

Thông tin khách hàng

Tên *

Họ *

Địa chỉ email *

Số điện thoại *

Ngày sinh *

MM / DD / YYYY

Chi tiết điều trị

Loại điều trị PRP *

- ☐ Mặt nạ PRP (Vampire Facial — PRP + Vi kim) ☐ Tiêm PRP (khớp, da đầu hoặc da)
- ☐ Phục hồi tóc bằng PRP

Vùng điều trị *

- ☐ Mặt ☐ Cổ ☐ Da đầu
- ☐ Dưới mắt ☐ Tay ☐ Khớp (chỉ rõ)

Sàng lọc sức khỏe

Bạn hiện đang mang thai hoặc cho con bú? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có rối loạn chảy máu hoặc rối loạn chức năng tiểu cầu? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn đang dùng thuốc chống đông máu hoặc thuốc NSAID (aspirin, ibuprofen)? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có nhiễm trùng da hoạt động hoặc lở mụn trên vùng điều trị? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có bệnh ung thư hoạt động hoặc bệnh lây qua đường máu? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn đã dùng Accutane trong 6 tháng qua? *

- ☐ Có ☐ Không

Rủi ro & Phục hồi dự kiến

Về điều trị PRP:

PRP sử dụng máu của riêng bạn, được lấy ra, xử lý trong máy ly tâm để tập trung tiểu cầu, sau đó được áp dụng lên da thông qua vi kim hoặc tiêm vào các vùng đích.

Rủi ro tiềm ẩn:

- Bầm tím, đỏ và sưng tại vị trí lấy máu và vị trí điều trị
- Đau hoặc khó chịu trong suốt quá trình điều trị
- Nhiễm trùng (hiếm)
- Phản ứng dị ứng với kem gây tê (chính PRP sử dụng máu của riêng bạn)
- Tăng sắc tố tạm thời
- Các nốt sẩn tại vị trí tiêm (hiếm)
- Kết quả khác nhau — thường cần nhiều phiên điều trị

Chăm sóc sau điều trị:

- Tránh chạm vào vùng được điều trị trong 6 giờ
- Không trang điểm trong 24 giờ
- Tránh nắng, tập thể dục, xông hơi trong 48 giờ
- Không sử dụng retinoid hoặc tẩy da chết trong 72 giờ
- Giữ da hydrated

Tôi hiểu rằng PRP liên quan đến lấy máu và các rủi ro liên quan đến cả lấy máu và điều trị. Tôi đồng ý tiếp tục.

Tôi hiểu được các rủi ro và quy trình lấy máu: _____

Nhật ký dịch vụ

Chỉ dành cho sử dụng nội bộ

	Ngày	Bước	Chi tiết	Ghi chú
Mục 1				
Mục 2				
Mục 3				
Mục 4				
Mục 5				
Mục 6				

Đồng ý & Ký tên

Tôi đồng ý với điều trị PRP được mô tả ở trên, bao gồm lấy máu. Tôi hiểu được các rủi ro, lợi ích và các phương án khác. Tôi đã công khai tất cả thông tin sức khỏe liên quan. Tôi giải phóng nhà cung cấp khỏi trách nhiệm pháp lý.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu được thông tin ở trên và cho phép điều trị có thông tin.

Tôi đã đọc và hiểu được thông tin ở trên: _____

Chữ ký

Ngày

Họ và tên

Ngày *

MM / DD / YYYY

Biểu mẫu này được cung cấp miễn phí bởi Consentify

Consentify chuyển đổi các biểu mẫu như thế này thành sự đồng ý kỹ thuật số mà khách hàng của bạn ký trên điện thoại của riêng họ bằng mã QR — với các tệp PDF tự động, cờ chống chỉ định và lưu trữ được mã hóa. Gói miễn phí có sẵn tại <https://getconsentify.com>.

Chỉ là mẫu. Hãy xem xét với chuyên gia có giấy phép hoặc tư vấn pháp lý của riêng bạn trước khi sử dụng; yêu cầu khác nhau tùy theo khu vực pháp lý và phương pháp tập luyện.