

PRP / 吸血鬼面部护理同意书

富血小板血浆(PRP)疗法和PRP微针治疗的知情同意书

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

PRP治疗类型 *

☐ PRP面部护理(吸血鬼面部护理 — PRP + 微针) ☐ PRP注射(关节、头皮或皮肤)

☐ PRP毛发修复

治疗区域 *

☐ 面部

☐ 颈部

☐ 头皮

☐ 眼下

☐ 双手

☐ 关节(请指明)

健康筛查

您目前是否怀孕或正在哺乳? *

☐ 是 ☐ 否

您是否患有血液凝固障碍或血小板功能障碍? *

☐ 是 ☐ 否

您是否正在服用抗凝血剂或非甾体抗炎药(阿司匹林、布洛芬)? *

☐ 是 ☐ 否

您在治疗区域是否有活跃的皮肤感染或冷疮? *

☐ 是 ☐ 否

您是否患有活跃癌症或血源性传播疾病? *

☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内是否服用过异维A酸(Accutane)? *

☐ 是 ☐ 否

风险与预期恢复

关于PRP治疗:

PRP使用您自身的血液,通过抽血、在离心机中浓缩血小板,然后通过微针涂抹在皮肤上或注射到目标区域。

潜在风险:

- 抽血和治疗部位出现淤青、发红和肿胀
- 治疗过程中出现疼痛或不适
- 感染(罕见)
- 对麻醉膏过敏反应(PRP本身使用您自身的血液)
- 暂时性色素沉着过度
- 注射部位出现结节(罕见)
- 结果因人而异 — 通常需要多次治疗

术后护理:

- 6小时内避免触摸治疗区域
- 24小时内不化妆
- 48小时内避免阳光、运动、桑拿
- 72小时内不使用维A酸类或去角质产品
- 保持皮肤水分充足

我了解PRP涉及抽血,以及与抽血和治疗相关的风险。我同意继续进行。

我了解风险和抽

血程序: _____

服务日志

仅供办公室使用

	日期	步骤	详情	备注
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意书和签名

我同意进行上述PRP治疗,包括抽血。我了解风险、益处和替代方案。我已披露所有相关健康信息。我免除提供者的责任。

我确认已阅读并理解上述信息,并给予知情同意。

我已阅读并理解上

述信息: _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。