

Συναίνεση για Ραδιοσυχνότητα Μικροβελονισμού

Ενημερωμένη συναίνεση για θεραπεία ραδιοσυχνότητας μικροβελονισμού (συσκευές τύπου Morpheus8) με ερωτήματα σχετικά με εμφυτεύματα, βηματοδότες και έλεγχο δέρματος

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Περιοχές θεραπείας *

- | | |
|---|--|
| ☐ Πρόσωπο | ☐ Λαιμός |
| ☐ Γραμμή σαγονιού / Υπομανδυβική περιοχή | ☐ Κοιλία |
| ☐ Βραχίονες | ☐ Μηροί / Γλουτοί |
| ☐ Άλλο | |

Στόχοι

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Σύσφιξη δέρματος | ☐ Σημάδια ακμής | ☐ Υφή και πόροι |
| ☐ Ραγάδες | ☐ Μείωση υποδερμικού λίπους | |

Έχετε κάνει μικροβελονισμό ή θεραπείες RF στο παρελθόν; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να συλλάβετε, ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα ακόλουθα;

- ☐ Αυτοάνοση κατάσταση (λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.λπ.)
- ☐ Διαταραχή αιμόρροιας ή λήψη αντιπηκτικών
- ☐ Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ Ιστορικό κελοειδούς ή υπερτροφικών σημαδιών
- ☐ Καρκίνος (τρέχων ή εντός των τελευταίων 5 ετών)
- ☐ Ανοσοκατεσταλμένος / διαταραχή ανοσίας
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε βηματοδότη, απινιδωτή ή κάποια εμφυτευμένη ηλεκτρονική συσκευή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε μεταλλικά εμφυτεύματα, πλάκες ή βίδες στην ή κοντά στην περιοχή θεραπείας; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε λάβει ισοτρετινοΐνη (Accutane) τους τελευταίους 6 μήνες; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ενεργή ακμή, λοίμωξη, έρπη ή ανοιχτά τραύματα στην περιοχή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάνει γέμισμα, νευροτοξίνη ή νήματα στην περιοχή τις τελευταίες 2 εβδομάδες; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε χλόασμα ή ιστορικό υπερχρωμίας μετά από φλεγμονή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Είχατε σημαντική έκθεση στον ήλιο ή αισθητική μαύρισμα τις τελευταίες 2 εβδομάδες; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λατέξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Πιθανοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Ερύθημα, οίδημα και θερμότητα για 1-3 ημέρες· τα κεχυμένα αίματος και ελαφριά κρούστα είναι αναμενόμενα
- Σημάδια πλέγματος από το σχέδιο της βέλονας, που σβήνουν σε λίγες ημέρες
- Μώλωπες, ιδιαίτερα με αντιπηκτικά ή ιχθυέλαιο
- Υπερχρωμία ή υποχρωμία, πιο πιθανή με μαυρισμένο δέρμα, χλόασμα ή σκουρότερους τύπους δέρματος
- Λοίμωξη ή επανενεργοποίηση ερπητοϊού ανθρώπου
- Εγκαύματα, φουσαλίδες ή απώλεια λίπους εάν η ενέργεια είναι πολύ υψηλή (σπάνιο)
- Δημιουργία σημαδιών (σπάνιο)
- Ερεθισμός νεύρου — προσωρινή μούδιασμα ή μυρμηγκιάσεις (σπάνιο)

Οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται μια σειρά από 3 θεραπείες 4-6 εβδομάδες διαχωρισμένες, με αποτελέσματα κολλαγόνου που αναπτύσσονται σε 3-6 μήνες. Κρέμα με αναισθητικό εφαρμόζεται πριν από τη θεραπεία.

Κατανοώ το αναμενόμενο ερύθημα, οίδημα, σημάδια πλέγματος και κεχυμένα αίματα, και τους λιγότερο συνηθισμένους κινδύνους αλλαγής χρώματος, λοίμωξης, εγκαυμάτων και δημιουργίας σημαδιών.

Κατανοώ το αναμενόμενο ερύθημα, οίδημα, σημάδια πλέγματος και κεχυμένα αίματα: _____

Επιβεβαιώνω ότι δεν έχω εμφυτευμένη ηλεκτρονική συσκευή ή μέταλλο στην περιοχή θεραπείας και έχω γνωστοποιήσει όλα τα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της ισοτρετινοΐνης και των αντιπηκτικών.

Έχω γνωστοποιήσει εμφυτεύματα και φάρμακα: _____

Αδεία Φωτογραφιών

Μπορούμε να λάβουμε φωτογραφίες πριν και μετά για το αρχείο θεραπείας σας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου αρχείο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τα χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για μάρκετινγκ
- ☐ Όχι

Αρχείο Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Βάθος / Ενέργεια / Περάσματα	Σημειώσεις
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινών εθελουσίως σε θεραπεία ραδιοσυχνότητας μικροβελονισμού. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές επιλογές και τις πιθανές επιπλοκές. Κατανοώ ότι πρόκειται για μια προαιρετική εξθεσιακή διαδικασία, ότι τα αποτελέσματα διαφέρουν και αναπτύσσονται σε ανοίξει, και ότι δεν έχει δοθεί εγγύηση για το αποτέλεσμα. Απαλλάσσω τον πάροχο και την πρακτική από ευθύνη που σχετίζεται με αυτή τη θεραπεία εκτός από περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.