Згода на радіочастотну мікронідлінг терапію

Інформована згода на радіочастотну мікронідлінг терапію (пристрої типу Morpheus8) з перевіркою імплантатів, кардіостимуляторів та стану шкіри

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Зони лікування *

- ☐ Обличчя
- ☐ Шия
- ☐ Лінія щелепи / Підборідна область
- ☐ Живіт
- ☐ Руки
- ☐ Стегна / Сідниці
- ☐ Інше

Цілі

- ☐ Підтяжка шкіри
- ☐ Рубці від акне
- ☐ Текстура та пори
- ☐ Розтяжки
- ☐ Зменшення підшкірного жиру

Чи ви раніше проходили мікронідлінг або РЧ лікування? *

☐ Так ☐ Ні

Медичний анамнез

Ви вагітні, намагаєтеся завагітніти або годуєте грудьми? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є щось із наступного?

- ☐ Аутоімунне захворювання (червона вовча, РА, РС та ін.)
- ☐ Порушення згортання крові або прийом розріджувачів крові
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Історія келоїдних або гіпертрофічних рубців
- ☐ Онкологічне захворювання (поточне або протягом останніх 5 років)
- ☐ Імуносупресія / розлад імунної системи
- ☐ Жодне з перерахованих вище

Чи у вас є кардіостимулятор, дефібрилятор або будь-який вживлений електронний пристрій? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є металеві імплантати, пластини або гвинти в зоні лікування або біля неї? *

☐ Так ☐ Ні

Чи ви приймали ізотретиноїн (Аккутан) протягом останніх 6 місяців? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є активне акне, інфекція, герпес чи відкриті рани в зоні? *

☐ Так ☐ Ні

Чи ви робили філери, нейротоксини або потокі в цій зоні протягом останніх 2 тижнів? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є мелазма або історія постзапальної гіперпігментації? *

☐ Так ☐ Ні

Чи ви мали значне сонячне опромінення або засмагу протягом останніх 2 тижнів? *

☐ Так ☐ Ні

Поточні лікарські засоби та добавки

Алергії (лікарські засоби, латекс, лідокаїн, анестетики)

Ризики та ускладнення

Потенційні ризики та ускладнення:

- Почервоніння, припухлість та відчуття тепла протягом 1–3 днів; крихітна кровотеча та легкі кірочки є нормальними
- Слідки від сітки голок від візерунка голки, які зникають протягом днів
- Синці, особливо при прийомі розріджувачів крові або рибячого жиру
- Гіперпігментація або гіпопігментація, частіше при засмаглій шкірі, мелазмі або темніших тонах шкіри
- Інфекція або реактивація герпесу
- Опіки, волдирі або втрата жиру за надто високої енергії (рідко)
- Рубцювання (рідко)
- Роздратування нерва — тимчасова онімілість або мерзотність (рідко)

Більшості людей потрібна серія з 3 процедур з інтервалом 4–6 тижнів, з розвитком результатів колагену протягом 3–6 місяців. Перед процедурою наносяться знеболювальні креми.

Я розумію очікуване почервоніння, припухлість, слідки від сітки та крихітну кровотечу, а також менш поширені ризики зміни пігментації, інфекції, опіків та рубцювання.

Я розумію очікуваний період заживлення та ризики: _____

Я підтверджую, що у мене немає вживленого електронного пристрою або металу в зоні лікування, і я розповів про всі лікарські засоби, включаючи ізотретиноїн та розріджувачі крові.

Я розповів про імплантати та лікарські засоби: _____

Дозвіл на фотозйомку

Чи можемо ми робити фото до та після лікування для вашої медичної карти? *

- ☐ Так — лише для моєї медичної карти
- ☐ Так — і ви можете використовувати їх анонімно для маркетингу
- ☐ Ні

Журнал надання послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Зона	Глибина / Енергія / Проходи	Примітки
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно даю згоду на радіочастотну мікронідлінг терапію. Мене інформували про переваги, ризики, альтернативи та потенційні ускладнення. Я розумію, що це факультативна косметична процедура, результати варіюються і розвиваються протягом місяців, і жодних гарантій результату не надано. Я звільняю провайдера та практику від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, крім випадків недбалості.

Я підтверджую, що прочитав і зрозумів наведену вище інформацію, і 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.