

Συναίνεση για Σφίγγιση Δέρματος (HIFU / RF / Υπέρηχος)

Ενημερωμένη συναίνεση για μη χειρουργική σφίγγιση δέρματος με υψηλής έντασης εστιασμένο υπέρηχο, μονοπολική ραδιοσυχνότητα και παρόμοιες συσκευές ενέργειας

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Τύπος Θεραπείας *

- ☐ Υψηλής έντασης εστιασμένο υπέρηχο (HIFU) ☐ Μονοπολική ραδιοσυχνότητα
☐ Διπολική / πολυπολική RF ☐ Άλλη συσκευή ενέργειας

Περιοχές Θεραπείας *

- ☐ Ολόκληρο πρόσωπο ☐ Κάτω μέρος προσώπου / Γραμμή του σαγονιού
☐ Λαιμός ☐ Φρύδια / Μάτια
☐ Décolletage ☐ Σώμα (κοιλιά, χέρια, μηροί, γόνατα)

Έχετε κάνει θεραπείες σφίγγισης δέρματος με ενέργεια πριν; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάνει ενέσιμα, neurotoxin ή ίνες στην περιοχή τις τελευταίες 4 εβδομάδες; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να συλλάβετε ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποιο από τα ακόλουθα;

- ☐ Αυτοάνοση νόσος (λύκος, RA, MS, κ.λπ.) ☐ Διαταραχή πήξης ή λαμβάνετε αντιπηκτικά
☐ Διαβήτης ☐ Ιστορικό κελοειδούς ή υπερτροφικών σπιλωμάτων
☐ Καρκίνος (τρέχων ή τα τελευταία 5 χρόνια) ☐ Ανοσοκατασταλμένος / διαταραχή ανοσοποίησης
☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε βηματοδότη, αποδιοργανωτή ή ενσφακευμένη ηλεκτρονική συσκευή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε μεταλλικά εμφυτεύματα, πλάκες ή οδοντικά εμφυτεύματα στη διαδρομή θεραπείας; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε μόνιμα γεμίσματα, εμφυτεύματα ή ίνες στην περιοχή θεραπείας; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ενεργό ακμή, λοίμωξη, απλή επιζωστική ή ανοικτές πληγές στην περιοχή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε παράλυση Bell, προβλήματα προσωπικού νεύρου ή νευρομυϊκή διαταραχή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

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

☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Πιθανοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Ερύθημα, οίδημα και ευαισθησία για ώρες έως ημέρες
- Μυρμηγκιάσματα, ναρκώσεις ή ερεθισμός νεύρου — συνήθως προσωρινό· σπανίως διαρκούν εβδομάδες (HIFU)
- Μώλωπες ή μικρές ουλές κατά μήκος γραμμών θεραπείας που θα θεραπευθούν εντός ημερών
- Εγκαύματα ή φυσαλίδες εάν η ενέργεια παραδοθεί πολύ επιφανειακά (σπάνιο)
- Απώλεια λίπους ή αλλαγή περιγράμματος με υπερβολική ενέργεια σε λεπτές περιοχές (σπάνιο)
- Προσωρινή μυϊκή αδυναμία γύρω από το στόμα ή τα φρύδια (σπάνιο)
- Αλλαγή χρώματος (σπάνιο)
- Περιορισμένο αποτέλεσμα — η σφίγγιση είναι σταδιακή κατά τη διάρκεια 2-6 μηνών και μέτρια σε σύγκριση με τη χειρουργική επέμβαση· ορισμένοι δεν παρατηρούν αλλαγή

Η δυσφορία κατά τη θεραπεία είναι συνηθισμένη και μπορεί να αντιμετωπιστεί με ανακούφιση πόνου ή νάρκωση.

Καταλαβαίνω ότι η μη χειρουργική σφίγγιση δέρματος παράγει σταδιακά, λεπτά αποτελέσματα κατά τη διάρκεια αρκετών μηνών, ότι ορισμένοι άνθρωποι δεν ανταποκρίνονται, και ότι δεν αποτελεί υποκατάστατο της χειρουργικής επέμβασης.

Καταλαβαίνω ότι το αποτέλεσμα είναι σταδιακό, ήπιο και δεν είναι εγγυημένο: _____

Καταλαβαίνω ότι μπορεί να προκύψει προσωρινή ναρκώσεις, μυρμηγκιάσματα, μυϊκή αδυναμία, εγκαύματα και αλλαγή λίπους ή περιγράμματος και ότι έχω αποκαλύψει όλα τα εμφυτεύματα και ενέσιμα στην περιοχή θεραπείας.

Κατανοώ τον κίνδυνο επιδράσεων νεύρων, εγκαυμάτων και αλλαγής περιγράμματος: _____

Αποδοχή Φωτογραφιών

Μπορούμε να τραβήξουμε φωτογραφίες πριν και μετά τη θεραπεία για το ιστορικό σας; *

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

Ημερολόγιο Υπηρεσιών

Μόνο για χρήση γραφείου

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

Συναίνεση & Υπογραφή

Δίνω τη δική μου συγκατάθεση για μη χειρουργική θεραπεία σφίγγισης δέρματος. Έχω ενημερωθεί σχετικά με τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές και τις πιθανές επιπλοκές. Καταλαβαίνω ότι πρόκειται για μια προαιρετική καλλυντική διαδικασία και δεν έχει δοθεί καμία εγγύηση αποτελέσματος. Αποδεσμεύω τον πάροχο και την πράξη από την ευθύνη που σχετίζεται με αυτή τη θεραπεία εκτός από περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη δική μου ενημερωμένη συναίνεση.

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.