

Согласие на подтяжку кожи (HIFU / RF / ультразвук)

Информированное согласие на неинвазивную подтяжку кожи с помощью высокосфокусированного ультразвука, монополярной радиочастоты и аналогичных энергетических устройств

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали лечения

Тип лечения *

- ☐ Высокосфокусированный ультразвук (HIFU) ☐ Монополярная радиочастота
☐ Биполярная/мультиполярная RF ☐ Другое энергетическое устройство

Области лечения *

- ☐ Все лицо ☐ Нижняя часть лица / челюсть
☐ Шея ☐ Брови / Глаза
☐ Зона декольте ☐ Тело (живот, руки, бедра, колени)

Проходили ли вы когда-либо процедуры подтяжки кожи с использованием энергетических устройств? *

☐ Yes ☐ No

Делали ли вам инъекции наполнителя, нейротоксина или устанавливали нити в этой области в течение последних 4 недель? *

☐ Да ☐ Нет

История болезни

Вы беременны, пытаетесь зачать ребенка или кормите грудью? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас что-либо из следующего?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, РА, РС и т.д.)
- ☐ Нарушение свертываемости крови или прием антикоагулянтов
- ☐ Диабет
- ☐ История келоидных или гипертрофических рубцов
- ☐ Рак (текущий или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / нарушение иммунитета
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

У вас есть кардиостимулятор, дефибриллятор или имплантированное электронное устройство? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть металлические имплантаты, пластины или зубные имплантаты на пути лечения? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть постоянные наполнители, имплантаты или нити в области лечения? *

- ☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас активные акне, инфекция, герпес или открытые раны в области лечения? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть паралич Белла, проблемы с лицевым нервом или нервно-мышечное расстройство? *

- ☐ Да ☐ Нет

Принимали ли вы изотретинон (Аккутан) в течение последних 6 месяцев? *

- ☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Возможные риски и осложнения:

- Покраснение, отек и болезненность в течение часов или дней
- Покалывание, онемение или раздражение нерва — обычно временное; редко длится недели (HIFU)
- Синяки или небольшие отеки вдоль линий лечения, разрешающиеся в течение дней
- Ожоги или волдыри при поверхностной доставке энергии (редко)
- Потеря жира или изменение контура при чрезмерной энергии в тонких зонах (редко)
- Временная слабость мышц вокруг рта или бровей (редко)
- Изменение пигментации (редко)
- Ограниченный результат — подтяжка происходит постепенно в течение 2-6 месяцев и скромнее, чем хирургия; некоторые люди видят небольшие изменения

Дискомфорт во время процедуры является обычным явлением и может быть устранен с помощью обезболивающих средств или анестезии.

Я понимаю, что неинвазивная подтяжка кожи дает постепенные, тонкие результаты в течение нескольких месяцев, что некоторые люди не реагируют на лечение и что это не является заменой хирургии.

Я понимаю, что результат постепенный, скромный и не гарантирован: _____

Я понимаю, что может возникнуть временное онемение, покалывание, слабость мышц, ожоги и изменение жировых отложений или контура, и что я сообщил обо всех имплантатах и инъекциях в области лечения.

Я понимаю риск нарушения нервной функции, ожогов и изменения контура: _____

Разрешение на фотографирование

Можем ли мы сделать фотографии до и после лечения для вашей истории болезни? *

- ☐ Да — только для моей медицинской записи
- ☐ Да — и вы можете использовать их анонимно в маркетинговых целях
- ☐ Нет

Журнал обслуживания

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Устройство / Глубина / Линии / Энергия	Примечания
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно согласен на неинвазивное лечение по подтяжке кожи. Мне сообщили о преимуществах, рисках, альтернативах и возможных осложнениях. Я понимаю, что это факультативная косметическая процедура и никакие гарантии результата не даны. Я освобождаю провайдера и практику от ответственности, связанной с этим лечением, за исключением случаев халатности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял вышеизложенную информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понимаю информацию выше: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.