

Згода на підтягнення шкіри (HIFU / RF / Ультразвук)

Інформована згода на неінвазивне підтягнення шкіри за допомогою сфокусованого ультразвуку високої інтенсивності, монополярної радіочастоти та подібних енергетичних пристроїв

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Тип лікування *

- ☐ Сфокусований ультразвук високої інтенсивності (HIFU)
- ☐ Монополярна радіочастота
- ☐ Біполярна / мультиполярна RF
- ☐ Інший енергетичний пристрій

Зони лікування *

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Все обличчя | ☐ Нижня частина обличчя / лінія щелепи |
| ☐ Шия | ☐ Брови / очі |
| ☐ Décolletage | ☐ Тіло (живіт, руки, стегна, коліна) |

Чи проходили ви раніше лікування для підтягнення шкіри енергетичними пристроями? *

☐ Yes ☐ No

Чи були у вас наповнювачі, нейротоксини або нитки в цій зоні протягом останніх 4 тижнів? *

☐ Так ☐ Ні

Медичний анамнез

Ви вагітні, намагаєтесь завагітніти чи годуєте грудьми? *

☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас що-небудь з наведеного?

- ☐ Аутоімунне захворювання (вовча, РА, РС тощо)
- ☐ Порушення згортання крові або прийом розріджувачів крові
- ☐ Діабет
- ☐ Історія кіліїдів або гіпертрофічних рубців
- ☐ Рак (поточний або протягом останніх 5 років)
- ☐ Імуносупресія / розлад імунної системи
- ☐ Нічого з наведеного

Чи є у вас кардіостимулятор, дефібрилятор або імплантований електронний пристрій? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас металеві імпланти, пластини або зубні імпланти на шляху лікування? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас постійні наповнювачі, імпланти або нитки в зоні лікування? *

- ☐ Так ☐ Ні

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

- ☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас параліч Белла, проблеми з лицевим нервом або нервово-м'язовий розлад? *

- ☐ Так ☐ Ні

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

- ☐ Так ☐ Ні

Поточні ліки та добавки

Алергії (ліки, латекс, лідокаїн, анестетики)

Ризики та ускладнення

Потенційні ризики та ускладнення:

- Червоність, набрякання та болючість протягом годин до днів
- Поколювання, оніміння або подразнення нерва — зазвичай тимчасове; рідко тривалістю кілька тижнів (HIFU)
- Синці або невеликі рубці вздовж ліній лікування, які розчиняються протягом днів
- Опіки або волдирі при надмірно поверхневому подаванні енергії (рідко)
- Втрата жиру або зміна контуру при надмірній енергії в тонких зонах (рідко)
- Тимчасова слабкість м'язів навколо рота або брів (рідко)
- Зміна пігментації (рідко)
- Обмежений результат — підтягнення є поступовим протягом 2-6 місяців та скромнішим, порівняно з хірургією; деякі люди бачать мало змін

Дискомфорт під час лікування є звичайним явищем і може контролюватися безболівальними засобами або знеболювальними препаратами.

Я розумію, що неінвазивне підтягнення шкіри дає поступові, тонкі результати протягом кількох місяців, що деякі люди не реагують, і що це не замінює хірургію.

Я розумію, що результат є поступовим, скромним і не гарантованим: _____

Я розумію, що тимчасове оніміння, поколювання, м'язова слабкість, опіки та зміна жиру або контуру можуть статися, і що я розкрив усі імпланти та ін'єкції в зоні лікування.

Я розумію ризик неврологічних ефектів, опіків та зміни контуру: _____

Дозвіл на фото

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 обслуговування

Тільки для службового використання

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

Згода та підпис

Я добровільно згоджуюся на неінвазивне лікування для підтягнення шкіри. Я був(а) інформований(а) про переваги, ризики, альтернативи та потенційні ускладнення. Я розумію, що це факультативна косметична процедура, і жодних гарантій результату не було надано. Я звільняю провайдера та практику від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, за винятком випадків недбалості.

Я підтверджую, що я прочитав(а) та зрозумів(а) наведену вище інформацію та даю інформовану згоду.

Я прочитав(а) та 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.