

皮肤紧致同意书（HIFU / RF / 超声波）

采用高强度聚焦超声、单极射频和类似能量设备进行无创皮肤紧致治疗的知情同意书

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

治疗类型 *

- ☐ 高强度聚焦超声（HIFU） ☐ 单极射频 ☐ 双极/多极射频
☐ 其他能量设备

治疗区域 *

- ☐ 全脸 ☐ 下脸部/下颌线 ☐ 颈部
☐ 眉毛/眼睛 ☐ 颈部和胸部 ☐ 身体（腹部、手臂、大腿、膝盖）

您之前接受过皮肤紧致能量治疗吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

在过去4周内您是否在该区域进行过填充、肉毒杆菌或线程治疗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

病史

您是否怀孕、计划怀孕或正在哺乳？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否有以下任何情况？

- ☐ 自身免疫病（狼疮、类风湿关节炎、多发性硬化症等） ☐ 出血障碍或服用血液稀释剂
☐ 糖尿病 ☐ 瘢痕疙瘩或增生性瘢痕史
☐ 癌症（现在或过去5年内） ☐ 免疫抑制/免疫障碍
☐ 以上都没有

您是否有心脏起搏器、除颤器或植入式电子设备？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您的治疗路径中是否有金属植入物、金属板或牙科植入物？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您的治疗区域中是否有永久性填充物、植入物或线程？ *

☐ 是 ☐ 否

您在该区域是否有活跃的痤疮、感染、唇疱疹或开放性伤口？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有面神经瘫痪、面部神经问题或神经肌肉疾病？ *

☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内是否服用过异维甲酸（泛昔洛韦）？ *

☐ 是 ☐ 否

当前药物和补充剂

过敏（药物、乳胶、利多卡因、麻醉剂）

风险与并发症

潜在风险和并发症：

- 发红、肿胀和压痛 持续数小时至数天
- 刺痛、麻木或神经刺激 ——通常是暂时的；很少持续数周（HIFU）
- 淤青 或沿治疗线的小肿块，在数天内消退
- 灼伤或水泡 如果能量传输过浅（罕见）
- 脂肪丧失或轮廓变化 在薄区过度使用能量（罕见）
- 口周或眉毛周围暂时性肌肉无力（罕见）
- 色素变化（罕见）
- 效果有限 ——紧致会在2-6个月内逐渐出现，与手术相比效果轻微；有些人几乎看不到变化

治疗期间的不适感很常见，可以通过止痛药或麻醉来控制。

我理解无创皮肤紧致在数月内产生逐渐、微妙的效果，有些人没有反应，这不是手术的替代品。

我理解效果是逐渐的、有
限的且不保证:

我理解可能发生暂时性麻木、刺痛、肌肉无力、灼伤和脂肪或轮廓变化，并且我已披露了治疗区域中的所有植入物和注射产品。

我理解神经影响、灼伤和轮
廓变化的风险:

照片发布授权

我们可以为您的治疗记录拍摄前后对比照片吗？ *

☐ 可以——仅用于我的医疗记录 ☐ 可以——您可以将其用于匿名营销 ☐ 否

服务记录

仅供办公室使用

	日期	区域	设备/深度/线条/能量	备注
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意与签名

我自愿同意无创皮肤紧致治疗。我已被告知该治疗的益处、风险、替代方案和潜在并发症。我理解这是一项选择性美容手术，未做出任何效果保证。我释放医疗提供者和诊所因本治疗而产生的责任，但医疗过失情况除外。

我确认我已阅读并理解上述信息并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息：_____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。