



Below are samples of informed consent form and treatment forms for regular patients or for volunteer patients for training. Inmode provides these forms for demonstration only and does not accept any liability for their contents. It is essential that each clinic customize the consent forms according to the treatment procedure, local specific regulatory requirements and language.

INMODE SAMPLE INFORMED CONSENT

醫療資料模板/知情同意書-
DIOLAZE/DIOLAZEXL 脫毛

簽發診所： _____

個人資料：

| | |
|--------|-------|
| 姓名： | 出生日期： |
| 身份證號碼： | 職業： |
| 地址： | 電郵： |
| 住宅電話： | 手機： |

健康問卷：

| | |
|--------------|-----|
| 現有或近期疾病 | 詳情： |
| 住院/手術 | 詳情： |
| 非耐受藥物 | 詳情： |
| 治療部位接受過的醫美治療 | 詳情： |

病史 – 如果您有以下任何情況，可能會令您不適合接受激光脫毛治療，請在治療前通知醫護人員或醫療助理。

- 懷孕或哺乳
- 18 歲以下（除非經父母同意）
- 心臟起搏器或內部除顫器或任何電子植入物，如葡萄糖監測儀
- 治療部位的永久性植入物，如金屬板和螺釘、矽膠植入物或化學注入物
- 目前患有癌症或有癌症病史，尤其皮膚癌或癌前痣
- 由於免疫抑制疾病，如愛滋病及 HIV，或使用免疫抑制藥物而導致免疫系統受損
- 嚴重的併發症，如癌症、心臟病、癲癇、非受控制的高血壓及肝腎疾病
- 患有熱刺激病史，如治療區復發性單純皰疹（可進行預防性治療）
- 治療部位的任何活動狀態，如瘡、銀屑病、濕疹和皮疹，
- 過度或剛曬黑的皮膚



- 皮膚疾病史，如癍痕疙瘩疤痕，傷口癒合異常，以及非常乾燥、破損、潰爛、感染及脆弱的皮膚
- 紋身、永久性彩妝、色素性病灶（避免治療）
- 任何可能影響皮膚癒合的疾病
- 內分泌失調，如糖尿病或甲狀腺功能不全
- 在過去 3 個月內或在完全癒合前，在治療部位進行過任何外科、侵入式或消融式手術
- 治療前 6 個月內使用過異維甲酸 (Accutane®)

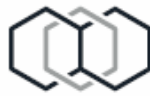
此表格旨在為您提供所需資訊，以便您在知情的情況下選擇是否接受 DIOLAZE/DIOLAZEXL 技術進行治療。如果您在治療前有任何疑問，請隨時提出。

- 本人謹此授權_____醫護人員及/或可能選擇的醫療助理執行 DIOLAZE/DIOLAZEXL 治療。
- 有關醫護人員已了解本人病史，並認為本人符合資格接受治療。
- 本人已收到有關該科技的以下資訊：
 - DIOLAZE/DIOLAZEXL 是一種非侵入式科技，其利用電晶體激光以最高速度脫毛，並為深棕色及黑色毛髮的脫毛療程提供最佳的皮膚冷卻系統
 - 不保證徹底的脫毛效果
 - 需多個療程
 - 確切療程數量因人而異
 - 治療過程中可能會出現一些不適和短暫的紅腫
 - 出現不良反應的風險很小
- 本人明白，接受此療程純屬自願。並且，本人可隨時退出，而無需提供任何理由。
- 本人了解，此治療可產生的副作用包括：局部疼痛、皮膚泛紅（紅斑）、腫脹（水腫）、天然膚質受損（結痂、水皰、燙傷）、色素變化（色素沉積或色素減淡）以及疤痕。雖然這些副作用較少發生，且通常為暫時性，但任何不良反應均應立即報告。
- 本人明白，必須遵循治療方案，否則可能達不到理想療效。
- 本人了解，在治療過程中，由於不可預見的情況可能需要除上述之外的其他治療，並且本人授權醫護人員或醫療助理在其認為專業所需的情況下執行此類其他治療。
- 本人明白，並非所有人均適合接受此類治療，且療效因人而異。因此，對可能獲得的療效並無任何保證。
- 本人已獲悉並了解本人即將接受之療程詳情。

患者簡簽：_____

醫護人員/醫療助理簡簽：_____

1. 本人有機會充分討論本人狀況及療程。本人認為，現已充分了解相關資訊，以作此知情同意。
 2. 本人所提任何相關問題均已獲得滿意答覆。
 3. 本人授權在治療前、治療過程中及治療後對本人進行拍照，以作為本人患者資料的一部分，在不透露本人身份的情況下（不曝露本人面部）可用於科研或營銷目的。
-



I N M O D E

患者姓名：

醫護人員/醫療助理簽名

日期

患者姓名（請以正楷書寫）

醫護人員/醫療助理姓名（請以正楷書寫）

日期

或授權代表患者簽字之其他人士