



以下是针对培训为普通客户或志愿客户所提供的知情同意书样本。Inmode盈美特所供表格仅供说明演示且对其内容不承担任何责任。每间诊所必须根据相应的治疗程序、本地的具体监管要求以及语言制定同意书。

INMODE 盈美特
志愿客户以及在职培训知情同意书样本
MORPHEUS8 魔力微针

本人 _____ 请求以及授权 _____ 或指定人员使用名为 Morpheus8的魔力微针对本人进行手术,已达到美容目的。

治疗前问题:

- 本人已更新病历及药物治疗状况? 是 否
- 本人没有心脏起搏器或内部除颤器 是 否
- 本人没有体表植入,如金属板,螺丝钉以及金属穿刺 是 否
- 本人没有人工耳蜗(如果客户有,请保持1厘米远) 是 否
- 本人近期没有任何植入,填充,线雕或肉毒素 是 否
- 本人已停止使用光敏药物 是 否
- 本人已停止使用抗凝血药物7到10天(如果此项有必要做) 是 否
- 本人治疗区域近期没有暴露于紫外线 是 否
- 本人患有唇疱疹,并开始遵医嘱服用预防药物 是 否

本人_____ 确认以下事项,本人特此同意遵循后期护理的信息建议:

- ___ 本人明白治疗区域必须避免暴露于机械和热量。
- ___ 射频治疗后不建议进行皮肤冷却,但在治疗过程中,为了有助舒适,有时会使用。
- ___ 本人同意避免使用任何活性物并认真遵守提供给本人的后期护理说明的详细内容。
- ___ 避免在使用Morpheus魔力微针后触碰面部,直到微伤口闭合及炎症消退。
- ___ 红斑(发红)预计在治疗后出现,根据个体的治疗状况,一般可能会持续1-3天。
- 本人同意遵循在治疗前期咨询中所讨论的后期护理信息,并负责遵循相应的建议准则。

本人明白以下内容:(请填写名字首字母)



MORPHEUS8 魔力微针技术运用局部射频(FR)应用于面部和身体

___ MORPHEUS8魔力微针治疗产生消融，从而改善粗糙肌理、细纹、皱纹以及凹陷疤痕(如痤疮疤痕)的外观，连带表面色素将被消融。该疗法还通过加热真皮层，从而刺激胶原蛋白的产生补给、真皮重塑以及浅表毛细血管闭合，最终促进皮肤年轻化。

___ 在大多数情况下，治疗需要麻醉（局部外用软膏、注射或镇静剂）

___ 本人明白接受治疗疗程是本人的选择，可随时自由退出，无需提供任何理由。

___ 本人已被告知相关治疗可能产生的副作用，包括治疗后期会出现1-3天红斑、1-3天的浮肿(水肿)以及1-3天的敏感反映。

___ 本人可能会遇到皮肤肌理的初始变化，如MENDS（小点点），并明白这在浅表治疗及更深色皮肤(Fitzpatrick皮肤分型)当中更为常见。

___ MENDS会在2-4周内从面部消失，4-6周从身体消失，这些都是微小的损伤部位，不会带来社交问题。

___ 并发症罕见，但须解决。如果您遇到以下任何情形，请及时联系诊所寻求建议。

- 对自然皮肤肌理产生的损害 (结硬皮, 水泡, 灼伤)
- 皮肤色素沉着的变化 (过多或过少的色素沉着)
- 结痂

尽管这些影响很罕见且是暂时性的，但红肿和肿胀可能会持续最多3周，这是治疗过程中的部分正常反应。

___ 烧伤以及由此引起的色素沉着和结疤很罕见，且可能产生于未按说明进行护理的深色皮肤。

___ 本人明白根据治疗的决定因素和个体的反应，治疗需要数个疗程（1-5个），间隔数周（3-6周）。本人明白本人必须遵守治疗安排，否则结果可能会受到影响。

___ 本人认可在手术过程中,始料未及的情况难免发生。

本人明白该系统的治疗涉及一系列的治疗措施且费用结构已向本人做了充分的解释说明
___ (客户名字首字母).

兹证明本人已经充分了解明白手术的性质与目的，预期的结果以及可能的并发症。并明白对于所获得的最终结果无法得到完全的保证。 本人充分地了解本人的外表状况以及所做决定仅基于本人所表达的强烈意愿。本人确定已经告知相关工作人员有关自身目前以及过去的所有医疗状况,疾病以及所服药物信息。

本人同意照片拍摄，并授权将其匿名用于医疗审核、教育及宣传目的。 是 否

兹证明本人已获得提问机会并已阅读并充分理解明白该同意书的相关内容。

客户签名 _____

日期 _____

见证人 _____