

# 超皮秒激光治疗同意书

M  
I  
N  
I  
M  
I  
Z  
E  
S  
K  
I  
N

## 个人资料

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

## 医疗史

请回答所有下列问题:	是	否
1. 您目前或长期以来是否患有任何疾病? 请透露您曾患有的热性荨麻疹、糖尿病、自动免疫疾病或任何形式的免疫抑制、血液病征、细菌或病毒感染等会严重危害愈合反应、造成皮肤光敏性疾病或任何其他状况或疾病之健康状况。 请详列:		
2. 您目前或长期以来是否患有任何皮肤疾病? 请透露您曾患有的白癜风(白斑病)、湿疹、黑斑病、银屑病(牛皮癣)、过敏性皮炎等任何影响胶原质的疾病·包括埃莱尔-当洛综合征、硬皮病、皮肤癌或任何其他皮肤状况。 请详列:		
3. 您目前是否在医生的治疗之中? 若有, 是出于何种原因而接受治疗? 请说明:		
4. 您是否有定时或每日服用或使用任何药物(处方或非处方药物)、维生素、中草药类或补充剂? 请详列:		
5. 您是否有定时或每日任何局部皮肤产品(药性和非药性)? 请详列:		
6. 您是否有服用或使用任何全身性或口服类固醇? (强的松、地塞米松等) 请详列:		
7. 您是否有对任何药物、食品、乳胶或其他物质过敏? 请详列:		
8. 您目前或过去是否有接受金疗法 (类风湿性关节炎)		
9. (针对女性) 您是否目前或有可能受孕?		
10. (针对女性) 您的经期是否规律?		
11. (针对女性) 您是否曾被诊断出有多囊性卵巢症?		
12. 您是否曾有部位被感染疱疹病毒第一型或第二型而受到治疗?		
13. 您是否曾患有蟹足肿或肥厚性疤痕?		
14. 您是否曾患有光刺激诱发性癫痫?		
15. 您是否有任何开放性疮口或病变?		
16. 您是否曾有患部被施以放射性治疗的任何纪录?		
17. 在过去6个月以来, 您是否曾有任何下列情况: 抗凝血或血液稀释药物治疗; 光敏性药物治疗; 抗炎药物治疗? 请详列产品名称和最近期使用的日期:		



# 超皮秒激光治疗同意书



## 医疗史 (接上页)

18. 在过去3个月以来, 您是否曾使用任何下列产品: 乙醇酸或水杨酸; AHA果酸或BHA水杨酸 请详列产品名称和最近期使用的日期:		
19. 在过去3个月以来, 您是否曾使用或接受过任何去角质或换肤产品或治疗? 请详列产品名称和最近期使用的日期:		
20. 您是否有或有过任何永久化妆、纹身、植入物或注入物, 包括但不限于胶原蛋白、自体脂肪、RESTYLANE (瑞蓝) 等? 请列举被施以部位或体内部位和日期:		
21. 您是否有或曾有任何肉毒杆菌, 如DYSPORT或BOTOX? 请列举被施以部位或体内部位和日期:		
22. 您过去12个月以来是否服用过ACUTANE(或含有口服维A酸之产品)?		
23. 您在过去6个月以来是否有使用过外用维A酸(如RETIN-A、RENOVA)?		
24. 在过去4到6周, 您是否曾有未经保护的日光曝晒、使用晒黑霜或日晒机或灯?		
25. 您有过吞咽障碍吗?		
26. 您有过呼吸障碍吗? (例如: 哮喘等等)		
27. 您会经常流鼻血, 容易淤青吗(即使没有大力撞到的情况下)?		
28. 您有心脏起搏器吗?		
29. 您有做过任何面部整形手术吗? 请详列:		

本人已仔细阅读, 并确认以上提供的信息真实且完整。

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_



MINTS SKINZ

## 知情同意书-超皮秒治疗

请仔细阅读以下内容并在方框中打勾

- 超皮秒激光使用了聚焦阵列透镜，因此会产生强烈的光机械冲击。在治疗间的所有人员，包括本人，都将戴上护目镜保护眼睛不受强烈光线的损害。
- 在治疗前，可能会进行局部定点测试，定点测试有助于确定有效的治疗设置。
- 激光打在皮肤上的感觉不适，而且可能如轻微的针扎感或发热感。这些感觉可能会维持一小时或更久。在治疗期间或治疗后，可能会使用冷风或冷却凝胶来帮助冷却肌肤，尽可能降温。
- 在治疗时，您可能也会听到轻微的噼啪声，并感受到激光测距仪(仪器的一部分)触碰到治疗部位的感觉。

### 治疗潜在的风险和对策

治疗时告知您皮肤美容治疗可能存在一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出(全脸炎性反应)。具体的治疗方式根据不同病人的情况有所不同，有关您皮肤美容方案的特殊问题可与治疗师讨论。

- 我理解由于个人审美观点不同和医疗水平有限，皮肤美容治疗效果不一定能完全满足客户需求
- 我理解皮肤治疗后，治疗部位可能会出现(包括不仅限于)潮红，肿胀，出血，结痂，紫癜，表皮气化。根据个人年龄，体质，部位和皮肤类型的不同，恢复时间长短不一样
- 我理解皮肤治疗可能会造成治疗区域色素沉着(多见于深层色素)，色素减退或者脱色。在没有药物介入的情况下，因个人体质不同，上诉情况可在1-3个月内代谢
- 我理解皮肤治疗可能治疗效果较慢或不确切，因病情不同，体质不同，存在差异。

### 治疗后

- 在必要时，使用适量冷却凝胶、芦荟胶或冷风机来冷却术后的肌肤。
- 用肥皂和水温和清洗治疗部位，请勿浸泡治疗部位。
- 若为敏感性肌肤，请使用保湿。
- 若结痂情况明显，请勿抠刮该部位。
- 治疗期间请避免暴露于日光之下，若无法避免日晒，请使用系数至少30+的防晒乳保护受到日晒的治疗部位。
- 对于容易滋长痤疮或皮脂腺分泌旺盛之患者，请考虑在涂抹任何局部性产品前，先等候24小时。

本人已知悉，色素过度沉着(肤色变暗)和色素沉着不足(肤色变淡)都是手术后可能出现的并发症，而较暗的肤型出现此情况的可能性较高：

明白  不明白

本人明白，在治疗部位收到日晒，以及未遵照治疗后医嘱，可能会增加出现并发症之可能性：

明白  不明白

本人同意由人员对该部位做治疗前和治疗后的拍摄：

同意  不同意

超皮秒疗程有效期为1年，本人同意按时/按治疗师医嘱治疗，有助于保证效果：

同意  不同意

本人已知该项目疗程不可退款，因个人原因无法使用可自行转让：

明白  不明白

本人已详细阅读，并明白所有同意书上提供的所有信息，而在签署此同意书前本人亦有机会提出疑问。

签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

M  
I  
N  
I  
M  
I  
S  
T  
R  
I  
B  
U  
T  
I  
O  
N