

رضایت‌نامه درمان به روش میکرونی‌دیلینگ

دستگاه Med revive با کارایی میکرونی‌دیلینگ، دستگاهی است که بر اساس استانداردهای پزشکی ساخته شده است و از طریق تحریک کلاژن باعث کاهش چین و چروک پوست، ترمیم اسکارها (شامل اسکار آکنه، اسکارهای ناشی از جراحی و ...) و استریا (ترک‌های پوستی) می‌گردد. در این روش، کانال‌های بسیار ریزی در پوست ایجاد می‌شود که منجر به ایجاد خونریزی خفیف داخل پوستی در حین درمان می‌گردد.

الف- توضیح اصول و نتایج:

وارد کردن سوزن‌های ظریف استریل و یکبارمصرف (کارت‌ریج) به داخل پوست به روش میکرونی‌دیلینگ موجب تحریک کلاژن‌سازی می‌شود. سوزن‌ها به لایه سطحی پوست نفوذ کرده و کانال‌های بسیار ریزی بر روی پوست ایجاد می‌کنند که در حین این فرآیند، بسیاری از فاکتورهای رشد ترشح می‌شوند. این امر منجر به تولید فیبرهای کلاژن و الاستین در پوست می‌گردد. تأثیرات این فرآیند بلافاصله شروع شده و طی 12-16 هفته به حداکثر خود می‌رسد. برای مشاهده نتایج مطلوب (در صورت تشخیص) می‌بایست بیش از یک جلسه درمان صورت گیرد. نتایج مورد انتظار در جوانسازی، کاهش چروک‌های سطحی، کاهش منافذ باز صورت، سفت‌تر و روشن‌تر شدن پوست می‌باشد.

ب- عوارض:

طی روزهای اول پس از درمان، قرمزی و تورم بر روی پوست مشاهده می‌شود. دلیل این امر آن است که نفوذ سوزن‌های ظریف و استریل، زخم‌های بسیار ریزی بر روی پوست ایجاد می‌کند که در طی فرآیند درمان محو خواهند شد. ممکن است پس از درمان کبودی، تورم و خارش به صورت گذرا نیز ایجاد شود.

-عوارض احتمالی:

کلونید: اگر پوست مستعد تشکیل کلونید باشد، کانال‌های ریزی که در طول میکرونی‌دیلینگ ایجاد می‌شود ممکن است باعث ایجاد این عارضه شود.

هایپریپگمنتیشن (افزایش رنگدانه): پس از انجام میکرونی‌دیلینگ، در صورت قرار گرفتن در معرض آفتاب، ممکن است هایپریپگمنتیشن در ناحیه مورد درمان ایجاد شود. استفاده از کرم ضدآفتاب با SPF بالای 30 از بروز آن پیشگیری می‌کند.

تبخال: اگر تا به حال دچار تبخال شده‌اید، انجام میکرونی‌دیلینگ ممکن است باعث تشدید آن شود. استفاده از درمان‌های دارویی مناسب که توسط پزشک تجویز می‌گردد از بروز آن جلوگیری می‌کند.

ج- مراقبت‌ها و احتیاط‌ها

اینجانب آگاه شده‌ام که پس از میکرونی‌دیلینگ، داروهای تجویزی توسط پزشک و ضدآفتاب غیررنگی را به طور کامل و مستمر استفاده نمایم و از حضور در معرض آفتاب مستقیم خودداری کنم. همچنین از یک روز قبل تا پنج روز پس از انجام میکرونی‌دیلینگ، از مصرف سیگار و الکل اجتناب نمایم و پس از رفع قرمزی و تورم در ناحیه، می‌توانم از لوازم آرایش استاندارد و مناسب استفاده کنم. بدینوسیله متعهد می‌گردم که تمام تلاش خود را جهت پیگیری دستورالعمل‌های پزشک قبل، حین و پس از درمان انجام دهم. ☐ بله

د- بیماری‌ها و ممنوعیت‌ها:

1. آیا مبتلا به یکی از بیماری‌های پوستی زیر هستید؟

سرطان ☐ کراتوز اکتینیک ☐ آکنه فعال ☐ زگیل ☐ تبخال ☐

2. آیا بیماری پوستی دیگری دارید؟

بله ☐ خیر ☐

لطفا قید بفرمایید.

3. آیا پس از عفونت‌های پوستی، دچار hyperpigmentation (تیرگی پوست) شده‌اید؟

بله ☐ خیر ☐

4. آیا در حال حاضر تحت پرتودرمانی یا شیمی درمانی قرار دارید؟

بله ☐ خیر ☐

5. آیا بیماری انعقادی خاصی دارید؟

بله ☐ خیر ☐

6. آیا تا به حال تحت جراحی قرار گرفته‌اید؟

بله ☐ خیر ☐

لطفا زمان و نوع آن را ذکر فرمایید.

7. آیا داروهای ضدانعقاد خون مانند (آسپرین یا کومارین) مصرف می‌کنید؟

بله ☐ خیر ☐

8. آیا بیماری دیگر غیر پوستی دارید؟ (دیابت، بیماری کلیوی، بیماری قلبی و غیره)

بله ☐ خیر ☐

لطفا نوع آن را قید بفرمایید.

9. آیا تحت درمان دارویی خاصی هستید؟

بله ☐ خیر ☐

لطفا توضیح دهید.

10. آیا تا به حال لیزر درمانی، میکرودرم ابریژن و یا پیلینگ شیمیایی بر روی پوست شما انجام گرفته است؟

بله ☐ خیر ☐

لطفا زمان انجام آن را ذکر کنید.

11. آیا سابقه‌ی تزریق فیلرهای پوستی (ژل) دارید؟

بله ☐ خیر ☐

لطفا محل تزریق در پوست و زمان انجام آن را ذکر نمایید.

12. آیا ایزوترتینوئین خوراکی (آکوتان) مصرف می‌کنید؟

بله ☐ خیر ☐

13. آیا پوست شما مستعد کلونید می‌باشد و یا سابقه ایجاد کلونید در خانواده شما وجود دارد؟

بله ☐ خیر ☐

14. آیا در دوران بارداری یا شیردهی به سر می‌برید؟

بله ☐ خیر ☐

ه-عکس:

به مرکز و پزشک خود اجازه می‌دهم که برای تکمیل پرونده و اثبات اثر درمان، قبل و بعد از میکرونیدلینگ، تعدادی عکس از محل درمان گرفته شود و حق استفاده از آن‌ها در مجامع و مطالعات علمی برای ایشان محفوظ می‌باشد.

بله ☐ خیر ☐

و-اطلاع رسانی و موافقت بیماری

پس از ارائه توضیحات کامل توسط پزشک، اینجانب به شماره ملی تمایل به درمان به روش میکرونیدلینگ در نواحی زیر را دارم.

1.
2.
3.

امضا و اثر انگشت