**فرم موافقت نامه انجام میکروپیگمنتیشن**

**اطلاعات متقاضی**

نام و نام خانوادگی : ................................. تاریخ تولد : ............................... تلفن ثابت : ................................

تلفن همراه : ............................................... آدرس : .............................................................................................

**اطلاعات کلی و آمادگی متقاضی پیش از انجام میکروپیگمنتیشن :**

1. دوازده ساعت قبل از انجام **میکروپیگمنتیشن** جداً از مصرف سیگار، الکل ، قهوه و مسکن خودداری نمایید.

2. در صورت استفاده از داروهای رقیق کننده خون نظیر آسپرین و ..... پیش از کار با پزشک خود مشورت نمایید.

3. ایجاد سوزش، قرمزی یا تورم اندک پوست بلافاصله پس از انجام **میکروپیگمنتیشن** امری عادی بوده و ممکن است دربعضی از افراد رخ دهد.

**درصورت ابتلا به هریک از بیماری های زیر لطفاً مشخص نمایید :**

هموفیلی بله🞎 خیر🞎

صرع بله🞎 خیر🞎

ابتلا به بیماری های خود ایمنی (دیابت، رماتیسم و ..... ) بله🞎 خیر🞎

ابتلا به بیماری های مسری (HIV ، هپاتیت و .... ) بله🞎 خیر🞎

عفونت های تب زا / بیماری های عفونی بله🞎 خیر🞎

مشکلات پوستی (برای مثال اگزما، زگیل، ملانوما، ویتیلیگو و ... ) بله🞎 خیر🞎

کلوئید (گوشت اضافه) بله🞎 خیر🞎

مشکلات سیستم ایمنی بله🞎 خیر🞎

بیماری های مغز و اعصاب (برای مثال سرع، میگرن، ام اس و ....) بله🞎 خیر🞎

شیمی درمانی یا رادیوتراپی بله🞎 خیر🞎

جراحی پلاستیک (انجام میکروپیگمنتیشن در محل جراحی پلاستیک می بایست توسط پزسک انجام شود.) بله🞎 خیر🞎

مشکلات قلبی و عروقی بله🞎 خیر🞎

مشکلات فشارخون بله🞎 خیر🞎

ورم ملتحمه بله🞎 خیر🞎

بارداری یا شیردهی بله🞎 خیر🞎

تبخال در محل میکروپیگمنتیشن بله🞎 خیر🞎

آیا سابقه حساسیت شدید پوستی یا حساسیت به سوزن و رنگدانه دارید؟ بله🞎 خیر🞎

آیا اخیراً تزریقات پوستی داشته اید؟ بله🞎 خیر🞎

درصورت مثبت بودن هریک از موارد فوق و یا وجود هرگونه بیماری دیگر لطفاً توضیح دهید : .........................

..........................................................................

**میکروپیگمنتیشن :**

**لطفاً موارد مدنظر را علامت بزنید :** ریمور🞎 میکروبلیدینگ🞎

میکروپیگمنتیشن جدید🞎 ترمیم میکروپیگمنتیشن🞎 ترمیم میکروبلیدیگ🞎

پلاک بالا 🞎 پلاک پایین🞎 ابرو🞎 خط لب🞎 سایه لب🞎

**تشخیص :**

نوع پوست : ................................................................... شرایط پوست : ......................................................................

**موضع انجام میکروپیگمنتیشن :**

ابرو 1. تاریخ انجام کار : 2. تاریخ انجام کار 3. تاریخ انجام کار :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام رنگ |  |  |  |  |
| مدل کارتریج |  |  |  |  |
| سرعت دستگاه |  |  |  |  |
| بی حسی |  |  |  |  |
| تکنیک |  |  |  |  |

**رضایت نامه :**

* اینجانب .......................... کلیه موارد ذیل را تایید می نمایم :
* پس از مطالعه و تکمیل این موافقنامه رضایت می دهم که میکروپیگمنتیشن برای من انجام گردد.
* کلیه موارد فوق را به دقت مطالعه و درک کرده و صحت آن را تایید می نمایم.
* آیا به پیگمنتز اجازه می دهید قبل و بعد از انجام میکروپیگمنتیشن از شما عکس تهیه نماید :

بله 🞎 خیر🞎

* اینجانب در سن قانونی بوده و مسئولیت انجام میکروپیگمنتیشن را برعهده می گیرم.
* اطلاعات این فرم محرمانه بوده و مسئولیت انجام میکروپیگمنتیشن را برعهده می گیرم.
* اطلاعات این فرم محرمانه تلقی می گردد و اینجانب موافقت خود را با نگهداری این اطلاعات جهت درج در سوابق این مرکز و پیگیری های بعدی اعلام می نمایم.

نام و نام خانوادگی : ...........................

تاریخ : ...................................................

امضاء متقاضی : ..................................