

Consent for Mesotherapy Treatment

- ▶ Mesotherapy is a technique in which medication is injected into the mesoderm, the layer of fat and connective tissue under the skin. The treatment involves multiple micro-injections around the area(s) to be treated. More than one treatment is required to obtain optimum results.

- ▶ **Risks of Treatment**

Complication of Mesotherapy are rare and usually self-limited, but include the following:

- * Discomfort: Medication is injected with tiny needles just below the skin. There may be brief minimal discomfort from the injections.
- * Bruising: Occasionally the needle may puncture a small vessel resulting in a bruise.
- * Scarring: Scarring may result from multiple injections, but this is very unlikely.
- * Allergic Reaction: Although exceedingly rare, the possibility exists of an allergic reaction to the injection of Mesotherapy medications.
- * Infection: Since Mesotherapy treatment involves injections, there is a theoretical risk of developing an infection at the injection site. This is also exceedingly rare.
- * Hypo/Hyperpigmentation: Transient or permanent skin pigmentation changes can sometimes occur at injection sites.
- * Ineffective treatment: In some instances. Mesotherapy may not work or results may not match expectations.

- ▶ Having been informed, both verbally and written, of the risks and benefits of Mesotherapy treatment, and having had all my questions and concerns adequately addressed, I indicate by signing below my consent to have Mesotherapy treatment performed on myself. Furthermore, I disavow the following:
 - * I am not pregnant or breastfeeding.
 - * I have been offered preventative medication if I have a history of herpes virus outbreak (cold sores).
 - * I am not taking any medications that might interfere with the treatment which include but are not limited to anti-coagulants, medications for heart disease or NSAIDs.
 - * I am not an insulin dependent diabetic.
 - * I am not a person with hypertension (can be considered but must be controlled by medication).

* I do not have a history of strokes, recent cancer, or blood clots.

* I do not have any active skin or general disease.

* I do not have thyroid problems that are not being controlled by my medication.

* I am not allergic to rubbing alcohol, latex or procaine or penicillin.

* I understand that more than one treatment is required and that the benefits vary from person to person.

* I have not been promised any specific results.

Print Name

Signature

Date ____/____/____

ข้อตกลงในการเข้ารับการรักษาแบบเมโสเธอราพี

- ▶ เมโสเธอราพี เป็นเทคนิคการรักษาอย่างหนึ่ง โดยฉีดยาเข้าสู่ชั้น เมโสเดิร์ม ซึ่งเป็นชั้นของไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อยู่ใต้ผิวหนัง การรักษาวินิจฉัยนี้เกี่ยวกับการฉีดยาจุดเล็กๆจำนวนมากรอบๆบริเวณที่ทำการรักษา เพื่อผลลัพธ์ที่ชัดเจนควรเข้ารับการรักษามากกว่าหนึ่งครั้ง

- ▶ ความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาด้วยเมโสเธอราพี
อาการแทรกแซงที่เกิดจากการรักษาแบบเมโสเธอราฟีปรากฏขึ้นได้ยากและเป็นข้อจำกัดในแต่ละบุคคล ดังต่อไปนี้
 - * ความรู้สึกไม่สบาย การฉีดด้วยเข็มฉีดขนาดเล็กเข้าสู่บริเวณใต้ผิวหนัง อาจเกิดความไม่สบายจากการฉีด
 - * อาการช้ำ เข้มอาจจะแทงเข้าเส้นเลือดเล็กๆทำให้เกิดการช้ำ
 - * รอยแผลเป็น รอยแผลเป็นอาจจะเกิดจากการฉีดเป็นจำนวนหลายครั้งแต่ไม่น่าจะเกิดขึ้นได้
 - * การแพ้ แม้ว่าจะเกิดกรณีเช่นนี้ขึ้นได้ยาก แต่ก็มีความเป็นไปได้เนื่องจากการแพ้ตัวผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษา
 - * การติดเชื้อ เนื่องจากการรักษาแบบเมโสเธอราฟีเกี่ยวข้องกับกรฉีดยาหรือสารเข้าสู่ร่างกาย อาจเกิดความเสี่ยงในด้านกรติดเชื้อในบริเวณที่ทำการฉีด กรณีเช่นนี้เกิดขึ้นได้ยาก
 - * การเปลี่ยนแปลงของสีผิว สีผิวอาจมีการเปลี่ยนเข้มขึ้นได้ชั่วคราวหรือถาวรในบริเวณที่ฉีด
 - * การไม่ได้ผลในการรักษา ในบางกรณี การรักษาแบบเมโสเธอราฟีอาจจะไม่ได้ผลหรือให้ผลในการรักษาไม่เหมือนกับที่คาดหวังไว้

- ▶ เนื่องจากเมโสเธอราฟี เป็นเทคนิคการบำบัดที่มีต้นกำเนิดมาจากประเทศฝรั่งเศส จำเป็นต้องใช้อย่างที่เป็นสูตรการผสมตามหลักการของเภสัชศาสตร์ โดยตัวยาแต่ละชนิดยังไม่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย จึงเป็นลักษณะการรักษาที่ใช้อย่างเฉพาะรายตามการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อนำมาใช้ในการรักษาโดยวิธีเมโสเธอราฟีให้ถูกต้องและปลอดภัย

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลทั้งจากคำบอกกล่าวและเอกสารถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาแบบเมโสเธอราฟี และได้ทำการซักถามถึงข้อสงสัยต่างๆเป็นที่เข้าใจแล้ว และได้ลงลายมือชื่อทำข้อตกลงในการเข้ารับการรักษาแบบเมโสเธอราฟีด้วยตัวข้าพเจ้าเอง ทั้งนี้

* ข้าพเจ้าไม่ได้อยู่ในระยะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

* ข้าพเจ้าได้รับยาป้องกันเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หากข้าพเจ้ามีประวัติของการเป็นโรคผิวหนังพุพองที่เกิดจากไวรัส เช่น ริม งาม

* ข้าพเจ้าไม่ได้รับยาที่อาจจะรบกวนการรักษา รวมถึงยาละลายลิ่มเลือด ยารักษาอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือยาการรักษากระดูกที่ปราศจากสารสเตียรอยด์

* ข้าพเจ้าไม่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันและไม่ได้เป็นผู้ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

* ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

* ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (พิจารณาเป็นรายบุคคล)

* ข้าพเจ้าไม่ได้มีอาการของโรค ตับ และ/หรือไต

* ข้าพเจ้าไม่มีอาการความดันโลหิตสูง

* ข้าพเจ้าไม่มีประวัติของอาการชัก มะเร็ง หรือมีอาการก้อนเลือดแข็งตัว

* ข้าพเจ้าไม่มีอาการของโรคผิวหนัง หรือโรคใดๆปรากฏ

* ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์

* ข้าพเจ้าไม่มีอาการแพ้แอลกอฮอล์ ยาลาเท็กซ์ ยาเพนิซิลิน หรือกลุ่มยาเดียวกัน

* ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นต้องเข้ารับการรักษามากกว่าหนึ่งครั้งเพื่อผลการรักษาที่ต่อเนื่อง

* ข้าพเจ้าไม่ได้รับคำมั่นสัญญาในด้านผลการรักษาใดๆ

(_____)
ผู้เข้ารับการรักษา
วันที่ _____

Mesotherapy Body Treatment Record Localized Fat Reduction Formula

Patient Name: _____

Date: ___/___/___ Time: _____ A P

Physician _____

Tech: _____

Allergies: _____

Treatment Number: _____

Topical Anesthesia: _____

Skin Prep: _____

Pre-Tx Measurements: _____

Notes: _____

Medications

Drawn Up

Syringe 1 _____ ml

Syringe 2 _____ ml

Syringe 3 _____ ml

Syringe 4 _____ ml

Syringe 5 _____ ml

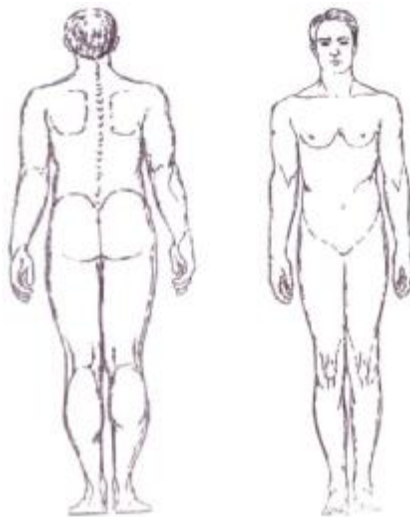
Area(s) _____

Amount Used _____

Total ml Used: _____

Goal: _____

Doctor: _____



Mesotherapy Body Treatment Record

Cellulite Reduction

Patient Name: _____

Date: ___/___/___ Time: _____ A P

Physician: _____

Tech: _____

Allergies: _____

Treatment Number: _____

Topical Anesthesia: _____

Skin Prep: _____

Pre-Tx Measurements: _____

Notes: _____

Medications

Drawn Up

Syringe 1 _____ ml

Syringe 2 _____ ml

Syringe 3 _____ ml

Syringe 4 _____ ml

Syringe 5 _____ ml

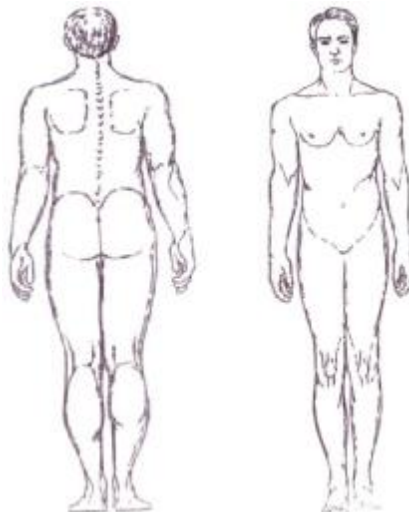
Area(s) _____

Amount Used _____

Total ml Used: _____

Goal: _____

Doctor: _____



Mesotherapy Treatment Record Hair Loss / Alopecia

Patient Name: _____

Date: ___/___/___ Time: _____ A P

Physician: _____

Tech: _____

Allergies: _____

Treatment Number: _____

Topical Anesthesia: _____

Skin Prep: _____

Pre-Tx Measurements: _____

Notes: _____

Medications

Drawn Up

Syringe 1 _____ ml

Syringe 2 _____ ml

Syringe 3 _____ ml

Syringe 4 _____ ml

Syringe 5 _____ ml

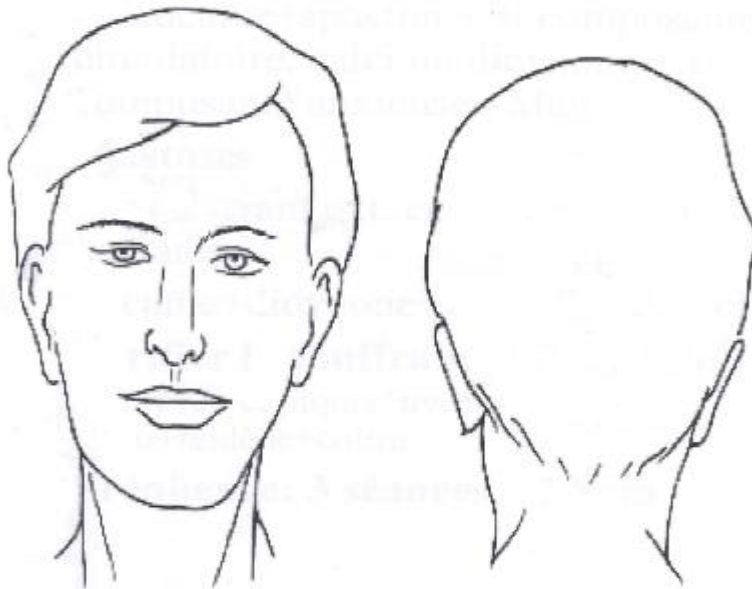
Area(s) _____

Amount Used _____ ml

Total Used: _____ ml

Goal: _____

Doctor: _____



Mesotherapy Treatment Record Face Rejuvenation

Patient Name: _____

Date: ___/___/___ Time: _____ A P

Physician: _____

Tech: _____

Allergies: _____

Treatment Number: _____

Topical Anesthesia: _____

Skin Prep: _____

Pre-Tx Measurements: _____

Notes: _____

Medications

Drawn Up

Syringe 1 _____ ml

Syringe 2 _____ ml

Syringe 3 _____ ml

Syringe 4 _____ ml

Syringe 5 _____ ml

Area(s) _____

Amount Used _____

Total ml Used: _____

Goal: _____

Doctor: _____

