

注射透明質酸／玻尿酸填充劑（瑞藍 Restylane®，喬雅登 Juvederm®，Perlane®，Prevelle™ Silk，Belotero®）的同意書

本人，_____，意願接受以上陳述的非手術整容程序，更充分明白接受此程序是純為了修整外容而絕不是為健康理由做的。本人已收聽了關於此整容程序性質的解釋。本人亦被提醒到雖然程序預計會帶來好的整容效果，併發症的可能性是有的，而對於最終整容效果的百分之百保證是難以給予的。

瑞藍 Restylane®，喬雅登 Juvederm®，Perlane®，Belotero® 跟 Prevelle™ Silk 都是可注射入皮膚的填充劑。此類無色透明質酸膠的產品注射入面部的組織時就會讓皺紋及褶皺變平滑，特別是在鼻跟口周邊部位的皮膚。透明質酸是一種天然大量存在於人體內的多醣類膠狀物質。透明質酸的角色是讓肌膚吸收養分，確保水份充足及作為緩沖劑。這些皮膚填充劑注入中等至嚴重被皺紋及褶皺受影響的面部範圍能暫時性加豐使面容有順滑的外表。大部份人只需一次療程達致最佳效果，效果並能維持半年。

以下列明整容過程風險：

1. 在注入填充劑的面部範圍出血或有淤血跡象
2. 發炎

3. 腫塊
4. 血流阻斷
5. 局部組織爛掉及脫落
6. 失明

本人要求及經同意接受整容程序的，並充分了解過程及它附帶一切可能後果的永久性。本人也接受有部分患者會因經歷到暫時性的表面挫傷而可能有需要用化妝品去遮掩。護士或者醫生經已跟本人充分解釋接受這個程序時跟之後康復期間最有可能會發生的問題和併發症。此外，本人亦自覺已有充分的機會跟護士或醫生討論本人的情況跟治療，而我也滿意護士或醫生對我提出過的疑問所給的回應。本人更清楚明白我有權向別的護士或醫生索取意見。本人認為我對此整容程序的了解足夠我給予知情同意。

*如中英文版本有出入或不一致時，一切內容以英文版本為準。

求診人簽名：

日期：

證人簽名：