

# HIBA PROFESSIONAL FORMS

## SKIN & SCALP COLLECTION

### مجموعه فرم‌های حرفه‌ای پوست و اسکالپ

ثبت منظم‌تر، مشاهده دقیق‌تر و تصمیم‌گیری مسئولانه‌تر

#### 01 CLIENT INTAKE & SKIN CONSULTATION

فرم پایه اطلاعات و شرح حال

#### 02 ACNE & PIGMENT ASSESSMENT

فرم تخصصی آکنه و پیگمنتیشن

#### 03 SCALP & HAIR HISTORY

فرم تخصصی مو و اسکالپ

#### 04 SERVICE & FOLLOW-UP RECORD

فرم ثبت خدمات و پیگیری هر جلسه

زیبایی همیشه یک زن است.

## 01 | CLIENT INTAKE &amp; SKIN CONSULTATION

## فرم پایه اطلاعات و شرح حال

این فرم جایگزین تشخیص یا درمان پزشکی نیست.

## اطلاعات مراجعه کننده

نام و نام خانوادگی

شماره پرونده

تاریخ تولد

شماره تماس

شغل

تاریخ تکمیل فرم

## دلیل مراجعه

مراقبت پوست

☐

آکنه یا انسداد

☐

پیگمنتیشن

☐

حساسیت و تحمل

☐

مو و اسکالپ

☐

خدمات دوره ای

☐

سایر

☐

## شرح کوتاه مسئله

مهم ترین تغییری که مشاهده کرده اید چیست؟

زمان شروع

## روند

ناگهانی

☐

تدریجی

☐

دوره ای

☐

ثابت

☐

رو به افزایش

☐

رو به بهبود

☐

نامشخص

☐

اولویت و انتظار اصلی شما از مراجعه چیست؟

## سلامت، دارو و ایمنی

## شرایط فعلی

|                          |                                           |                                                      |
|--------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> شیردهی           | <input type="checkbox"/> بارداری                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> اختلال تیروئید   | <input type="checkbox"/> دیابت                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> بیماری خودایمنی  | <input type="checkbox"/> اختلال هورمونی              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Keloid سابقه     | <input type="checkbox"/> اختلال ترمیم زخم            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> آلرژی شناخته شده | <input type="checkbox"/> تبخال                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> هیچ کدام         | <input type="checkbox"/> بیماری پوستی تشخیص داده شده |

## داروهای فعلی، داروهای موضعی و مکملها

## سابقه حساسیت یا واکنش شدید به محصول/خدمت

## خدمات پزشکی، تزریق، لیزر، جراحی یا ایزوترینوئین در ۱۲ ماه گذشته

## روتین و سابقه واکنش

## محصولات فعلی صبح و شب

## تجربیه‌های قبلی

|                          |                                         |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> خارش           | <input type="checkbox"/> سوزش         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> خشکی           | <input type="checkbox"/> قرمزی        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> افزایش ضایعات  | <input type="checkbox"/> پوسته ریزی   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> بدون واکنش مهم | <input type="checkbox"/> افزایش تیرگی |

## نام محصول یا خدمتی که واکنش ایجاد کرده است

## سبک زندگی و محیط

## عوامل مرتبط

|                          |                                          |                                    |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> کم خوابی        | <input type="checkbox"/> استرس     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> گرما/رطوبت      | <input type="checkbox"/> تعریق     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> رژیم محدودکننده | <input type="checkbox"/> هوای خشک  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> کاهش وزن        | <input type="checkbox"/> فستینگ    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> عامل مشخصی نیست | <input type="checkbox"/> تماس شغلی |

## توضیحات ضروری

## تصمیم و مرز حرفه‌ای

## نتیجه بررسی اولیه

- |                          |                                 |                          |                              |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | پروتکل باید محدود شود           | <input type="checkbox"/> | خدمت غیرپزشکی قابل انجام است |
| <input type="checkbox"/> | تا ارزیابی پزشکی به تعویق افتاد | <input type="checkbox"/> | نیازمند تکمیل فرم تخصصی      |
|                          |                                 | <input type="checkbox"/> | ارجاع پزشکی توصیه شد         |

## علت تصمیم و یادداشت متخصص

## رضایت و تأیید

اطلاعات ارائه‌شده صحیح است و می‌دانم این ارزیابی جایگزین تشخیص یا درمان پزشکی نیست.

## تصاویر

- |                          |                    |                          |                                            |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | اجازه انتشار ندارم | <input type="checkbox"/> | اجازه ثبت و نگهداری در پرونده              |
|                          |                    | <input type="checkbox"/> | رضایت انتشار آموزشی را جداگانه امضا می‌کنم |

## نام و امضای مراجعه‌کننده

## نام و امضای متخصص خدمات

## تاریخ

## 02 | ACNE &amp; PIGMENT ASSESSMENT

## فرم تخصصی آکنه و پیگمنتیشن

این فرم جایگزین تشخیص یا درمان پزشکی نیست.

## اتصال به پرونده پایه

نام مراجعه کننده

شماره پرونده

تاریخ ارزیابی

## فرم پایه

تکمیل شده

ابتدا باید تکمیل شود

☐ به روزرسانی شد ☐☐

## الگوی آکنه

## ناحیه

پیشانی

گونه

چانه

گردن

پشت

☐ شقیقه ☐☐ بینی ☐☐ خط فک ☐☐ سینه ☐☐

## نمای ظاهری

Closed Comedones

Papules

ضایعات عمیق/دردناک

قابل تعیین نیست

☐ Open Comedones ☐☐ Pustules ☐☐ آثار دست کاری ☐☐

## الگوی زمانی

ناگهانی

عود کننده

پس از محصول/خدمت

☐ تدریجی ☐☐ وابسته به چرخه ☐☐ نامشخص ☐

## اثر باقی مانده

قرمزی/PIE

فرورفتگی

بدون اثر محسوس

☐ تیرگی/PIH ☐☐ برجستگی ☐☐

## پیگمنتیشن

## پراکندگی

|                          |                          |              |
|--------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نقطه‌ای      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | قرینه        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | پس از التهاب |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مرز نامشخص   |

## رنگ طاهری

|                          |                          |                 |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | قهوه‌ای روشن    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | خاکستری-قهوه‌ای |
|                          | <input type="checkbox"/> | ترکیبی          |

## محرك احتمالی

|                          |                          |            |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آکنه       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | خدمت پوستی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | گرما       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | اصطکاک     |

## Barrier و Tolerance

## نشانه‌ها

|                          |                          |            |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کشیدگی     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | پوسته‌ریزی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | خارش       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stinging   |
|                          | <input type="checkbox"/> | بدون علامت |

## شدت ناراحتی از ۰ تا ۱۰

## Active Ingredients، واکنش‌های قبلی، دفعات مصرف و

## مشاهده حرفه‌ای

## ضایعات قابل مشاهده

|                          |                          |                      |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کومدون باز           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Papule               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ضایعه عمیق           |
|                          | <input type="checkbox"/> | ضایعه فعال مشخص نیست |

## وضعیت پوست

|                          |               |                          |              |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | خشکی          | <input type="checkbox"/> | چربی سطحی    |
| <input type="checkbox"/> | قرمزی         | <input type="checkbox"/> | پوسته‌ریزی   |
| <input type="checkbox"/> | ناهمواری بافت | <input type="checkbox"/> | حساسیت ظاهری |
|                          |               | <input type="checkbox"/> | وضعیت ترکیبی |

## یادداشت مشاهده‌ای - بدون تشخیص پزشکی

## و تصمیم Red Flags

## نشانه‌ها

|                          |                            |                          |                    |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Scar سریع                  | <input type="checkbox"/> | ضایعات عمیق/گسترده |
| <input type="checkbox"/> | ضایعه جدید یا در حال تغییر | <input type="checkbox"/> | التهاب شدید/ترشح   |
| <input type="checkbox"/> | واکنش شدید                 | <input type="checkbox"/> | زخم بدون بهبود     |
| <input type="checkbox"/> | داروی مؤثر بر خدمت         | <input type="checkbox"/> | درد یا سوزش پایدار |
|                          |                            | <input type="checkbox"/> | موردی مشاهده نشد   |

## تصمیم

|                          |              |                          |                        |
|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | پروتکل محدود | <input type="checkbox"/> | خدمت قابل انجام        |
| <input type="checkbox"/> | ارجاع پزشکی  | <input type="checkbox"/> | تعویق تا ارزیابی پزشکی |

## علت تصمیم

## و پیگیری Homecare

## روتین صبح

## روتین شب

## موارد متوقف‌شده و برنامه معرفی تدریجی Active

## زمان پیگیری

## شاخص‌های پیگیری: ضایعات، PIE/PIH، تحمل، Barrier و پایداری

## 03 | SCALP &amp; HAIR HISTORY

## فرم تخصصی مو و اسکالپ

این فرم جایگزین تشخیص یا درمان پزشکی نیست.

## اتصال به پرونده پایه

نام مراجعه کننده

شماره پرونده

تاریخ ارزیابی

## فرم پایه

تکمیل شده

ابتدا باید تکمیل شود

به روزرسانی شد

☐☐☐

## تعریف دقیق مسئله

## تغییر اصلی

افزایش ریزش - Shedding

شکستگی - Hair Breakage

بازشدن فرق

قابل تشخیص نیست

کاهش تراکم - Thinning

عقب رفتن خط رویش

ناحیه کم‌موی مشخص

☐☐☐☐

## شروع

ناگهانی

دوره‌ای

نامشخص

تدریجی

پس از رویداد مشخص

☐☐☐

## پراکندگی

Diffuse

Patterned

فرق/تاج

نامشخص

Localized

خط رویش

نواحی تحت کشش

☐☐☐☐

زمان شروع و روند

## علائم اسکالپ

## علائم

|                          |               |                          |                  |
|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Burning       | <input type="checkbox"/> | خارش             |
| <input type="checkbox"/> | پوسته خشک     | <input type="checkbox"/> | درد/حساسیت       |
| <input type="checkbox"/> | قرمزی         | <input type="checkbox"/> | پوسته چرب/چسبنده |
| <input type="checkbox"/> | ترشح/دلمه/زخم | <input type="checkbox"/> | برجستگی          |
| <input type="checkbox"/> | خشکی/کشیدگی   | <input type="checkbox"/> | چربی سریع        |
|                          |               | <input type="checkbox"/> | بدون علامت       |

## شدت از ۰ تا ۱۰

## عوامل تشدیدکننده

## رویدادهای ۳ تا ۶ ماه قبل

## رویدادها

|                          |                 |                          |                        |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | جراحی/بستری     | <input type="checkbox"/> | تب/بیماری              |
| <input type="checkbox"/> | رژیم محدودکننده | <input type="checkbox"/> | کاهش وزن               |
| <input type="checkbox"/> | استرس شدید      | <input type="checkbox"/> | فستینگ                 |
| <input type="checkbox"/> | زایمان/شیردهی   | <input type="checkbox"/> | اختلال خواب            |
| <input type="checkbox"/> | تغییر دارو/مکمل | <input type="checkbox"/> | تغییر هورمونی          |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | رویدادی به یاد نمی‌آید |

## تاریخ و توضیحات

## مراقبت و آسیب ساقه

## دفعات شست‌وشو و محصولات اسکالپ

## خدمات/عادات

|                          |            |                          |             |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | دکلره      | <input type="checkbox"/> | رنگ         |
| <input type="checkbox"/> | اکستنشن    | <input type="checkbox"/> | صافی/کراتین |
| <input type="checkbox"/> | حرارت مکرر | <input type="checkbox"/> | بافت یا کشش |
|                          |            | <input type="checkbox"/> | هیچ‌کدام    |

## نشانه‌های ساقه

|                          |                |                          |        |                          |
|--------------------------|----------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | خشکی           | <input type="checkbox"/> | زبری   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | گره            | <input type="checkbox"/> | موخوره | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | کاهش کشسانی    | <input type="checkbox"/> | شکستگی | <input type="checkbox"/> |
|                          | آسیب مشخص نیست | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |

## خدمات یا ارزیابی‌های قبلی و پاسخ

## مشاهده حرفه‌ای

## سطح اسکالپ

|                          |                   |                          |                 |                          |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | بدون یافته برجسته | <input type="checkbox"/> | جری             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | پوسته خشک         | <input type="checkbox"/> | پوسته چرب       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | قرمزی             | <input type="checkbox"/> | Product Buildup | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | خراش              | <input type="checkbox"/> | صایعه           | <input type="checkbox"/> |
|                          | ترشح/زخم          | <input type="checkbox"/> |                 | <input type="checkbox"/> |

## الگوی تراکم

|                          |                       |                          |            |                          |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | یکنواخت               | <input type="checkbox"/> | کاهش منتشر | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | فرق                   | <input type="checkbox"/> | تاج        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | خط رویش               | <input type="checkbox"/> | موضعی      | <input type="checkbox"/> |
|                          | نیازمند ارزیابی پزشکی | <input type="checkbox"/> |            | <input type="checkbox"/> |

## یادداشت مشاهده‌ای - بدون تشخیص پزشکی

## و تصمیم Red Flags

## نشانه‌ها

|                          |                    |                          |                               |                          |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ریزش ناگهانی شدید  | <input type="checkbox"/> | ناحیه کم‌موی جدید/گسترش‌یافته | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | احتمال ریزش اسکاری | <input type="checkbox"/> | درد/سوزش پایدار               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | التهاب شدید        | <input type="checkbox"/> | زخم/ترشح/دلمه                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | صایعه نامشخص       | <input type="checkbox"/> | علائم عمومی                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ریزش ابرو/مژه      | <input type="checkbox"/> | موردی مشاهده نشد              | <input type="checkbox"/> |

## تصمیم

|                          |                        |                          |              |                          |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | خدمت قابل انجام        | <input type="checkbox"/> | پروتکل محدود | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | تعویق تا ارزیابی پزشکی | <input type="checkbox"/> | ارجاع پزشکی  | <input type="checkbox"/> |

## علت تصمیم

**و پیگیری Homecare****برنامه پاکسازی و محصولات خانگی****عادت‌های نیازمند اصلاح****زمان پیگیری****شاخص‌های پیگیری: Shedding، علائم، شکستگی، تصاویر و پابندی**

## 04 | SERVICE &amp; FOLLOW-UP RECORD

## فرم ثبت خدمات و پیگیری هر جلسه

این فرم جایگزین تشخیص یا درمان پزشکی نیست.

## اطلاعات جلسه

نام مراجعه کننده

شماره پرونده

تاریخ و شماره جلسه

متخصص ارائه دهنده خدمت

فرم تخصصی مرتبط

|                          |           |                          |                       |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | پوست پایه | <input type="checkbox"/> | آکنه/پیگمنتیشن        |
| <input type="checkbox"/> | مو/اسکالپ | <input type="checkbox"/> | به روز رسانی لازم است |

## تغییرات پیش از جلسه

تغییر جدید

|                          |                   |                          |                    |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | سلامت             | <input type="checkbox"/> | دارو/مکمل          |
| <input type="checkbox"/> | بارداری/شیردهی    | <input type="checkbox"/> | Homecare           |
| <input type="checkbox"/> | خدمت پزشکی/زیبایی | <input type="checkbox"/> | واکنش پوستی/اسکالپ |
| <input type="checkbox"/> | بیماری/تب         | <input type="checkbox"/> | بدون تغییر         |

واکنش پس از جلسه قبل: نوع، زمان شروع، مدت و شدت

تصمیم امروز

|                          |                  |                          |               |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | طابق برنامه      | <input type="checkbox"/> | پروتکل سبک تر |
| <input type="checkbox"/> | حذف بخشی از خدمت | <input type="checkbox"/> | تعویق         |
|                          | ارجاع پزشکی      | <input type="checkbox"/> |               |

## جزئیات خدمت

ناحیه و هدف جلسه

نام خدمت و مراحل

محصولات: نام، Active، غلظت، مقدار و مدت تماس

دستگاه/ابزار: مدل، سری، تنظیمات، مدت و تعداد Pass

ناحیه‌های مستثنا و کنترل‌های ایمنی

## و پاسخ Endpoint

مورد انتظار Endpoint

پاسخ مشاهده‌شده

|                          |                          |            |                          |                     |
|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | قرمزی خفیف | <input type="checkbox"/> | مطابق انتظار        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | خشکی       | <input type="checkbox"/> | گرمی/گرگز قابل تحمل |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | درد        | <input type="checkbox"/> | سوزش غیرمنتظره      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تغییر رنگ  | <input type="checkbox"/> | تورم                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | سایر       | <input type="checkbox"/> | خون‌ریزی            |

شدت احساس از ۰ تا ۱۰

تغییر پروتکل

|                          |                          |               |                          |                |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کاهش شدت      | <input type="checkbox"/> | بدون تغییر     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | برداشتن محصول | <input type="checkbox"/> | کاهش زمان تماس |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | توقف خدمت     | <input type="checkbox"/> | حذف ناحیه      |

اقدام انجام‌شده

## پس از جلسه Homecare

دستور ۲۴ ساعت نخست

روتین روزهای بعد و زمان بازگشت Active

علائم نیازمند تماس یا ارجاع

## روش و تاریخ تماس پیگیری

## Follow-up

## وضعیت گزارش شده

|                          |                          |                      |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بدون واکنش غیرمنتظره |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | واکنش خفیف           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بدتر شدن             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ارجاع پزشکی          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بهبود مطابق انتظار   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | واکنش ادامه دار      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نیازمند بررسی        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | پاسخ دریافت نشد      |

## توضیحات و تصمیم متخصص

## روند نسبت به Baseline

|                          |                          |                        |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بهبود واضح             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بدون تغییر قابل اعتماد |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بدتر شدن               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بهبود محدود            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نوسان                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | برای قضاوت زود است     |

## برنامه جلسه بعد

## تأیید

اطلاعات جدید را اعلام کرده‌ام و دستورهای پس از جلسه و نشانه‌های قابل گزارش را دریافت کرده‌ام.

## نام و امضای مراجعه‌کننده

## نام و امضای متخصص خدمات

## تاریخ