

Συγκατάθεση για Αποφλοίωση Δέρματος με Laser

Ενημερωμένη συγκατάθεση για αποφλοίωση δέρματος με ablative και non-ablative laser, συμπεριλαμβανομένων fractional CO2, erbium και carbon laser peels

Στοιχεία Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Τύπος Θεραπείας *

- ☐ Fractional CO2 (ablative) ☐ Erbium (ablative)
☐ Non-ablative fractional (π.χ. 1540/1550 nm) ☐ Carbon laser peel
☐ Άλλο

Περιοχές Θεραπείας *

- ☐ Ολόκληρο το πρόσωπο ☐ Γύρω από τα μάτια ☐ Γύρω από το στόμα
☐ Λαιμός ☐ Στήθος ☐ Χέρια
☐ Ουλές (προσδιορίστε παρακάτω)

Στόχοι

- ☐ Ρυτίδες και λεπτές γραμμές ☐ Ουλές από ακμή
☐ Ηλιακή βλάβη / χρωματικές ανωμαλίες ☐ Υφή και πόροι
☐ Χαλάρωση δέρματος

Έχετε υποβληθεί σε αποφλοίωση με laser, βαθιά peeling ή dermabrasion πριν; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, τότε και πώς ανταποκρίθηκε το δέρμα σας;

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να συλλάβετε, ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα παρακάτω;

- | | |
|--|--|
| ☐ Αυτοάνοση νόσος (lupus, RA, MS, κτλ.) | ☐ Διαταραχή πήξης ή λήψη αντιπηκτικών |
| ☐ Διαβήτης | ☐ Ιστορικό κελοειδών ή υπερτροφικών ουλών |
| ☐ Καρκίνος (τρέχων ή τα τελευταία 5 χρόνια) | ☐ Ανοσοκαταστολή / διαταραχή ανοσίας |
| ☐ Κανένα από τα παραπάνω | |

Έχετε λάβει ισοτρετινοΐνη (Accutane) τα τελευταία 6-12 μήνες; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ιστορικό κρυολέσβας (απλού ερπητα); *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ενεργή ακμή, λοίμωξη ή ανοικτές πληγές στην περιοχή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε έκθεση στον ήλιο, μαύρισμα ή αυτοκόλλητο μαύρισμα τα τελευταία 4 εβδομάδες; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε melasma ή ιστορικό αλλαγών χρώματος μετά από τραυματισμό του δέρματος; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε λευκοπάθεια, ψωρίαση ή έκζεμα στην περιοχή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι και Επιπλοκές

Δυνητικοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Ερύθημα, οίδημα, ρέμα και κρούστες για αρκετές μέρες (ablative) ή 1-3 ημέρες (non-ablative)· το ερύθημα μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες
- Πόνος ή καύσιμο αίσθημα κατά την επούλωση
- Λοίμωξη — βακτηριακή, ιική (κρυολέσβας) ή μυκητιακή
- Υπερχρωμία — σκούρυνση, συχνή σε μαυρισμένο ή σκουρόχρωμο δέρμα, συνήθως ξεθωριάζει σε μήνες
- Υποχρωμία — ανοίχτυνση που μπορεί να είναι μόνιμη, ιδιαίτερα με βαθειά ablative θεραπεία
- Παρατεταμένο ερύθημα, milia ή έξαρση ακμής
- Σχηματισμός ουλών, συμπεριλαμβανομένων ανώμαλων ή παχυμμένων ουλών (σπάνιο)
- Τραυματισμός των ματιών χωρίς προστατευτικά γυαλιά
- Γραμμές διαχωρισμού μεταξύ θεραπευμένου και μη θεραπευμένου δέρματος

Η αυστηρή αποφυγή του ήλιου και SPF 30+ για 4 εβδομάδες πριν και 8 εβδομάδες μετά είναι απαραίτητη. Η ablative αποφλοίωση απαιτεί ρουτίνα φροντίδας πληγών για 5-10 ημέρες και χρόνο απουσίας από την εργασία.

Κατανοώ τη διαδικασία επούλωσης, ότι πρέπει να ακολουθήσω ακριβώς τις οδηγίες φροντίδας πληγών και προστασίας από τον ήλιο, και ότι η επούλωση μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από ό,τι περιγράφεται.

Κατανοώ τη διαδικασία επούλωσης και την προσοχή πληγών: _____

Κατανοώ ότι προσωρινή ή μόνιμη ανοίχτυνση ή σκούρυνση του δέρματος, παρατεταμένο ερύθημα και σχηματισμός ουλών είναι δυνατά, ιδιαίτερα με πρόσφατη έκθεση στον ήλιο, ισοτρετινοΐνη ή ιστορικό χρωματικών ανωμαλιών.

Κατανοώ ότι είναι δυνατές αλλαγές χρώματος και ουλές: _____

Άδεια Φωτογράφησης

Μπορούμε να τραβήξουμε φωτογραφίες πριν και μετά για το φάκελό σας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου φάκελο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τις χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για marketing
- ☐ Όχι

Αρχείο Υπηρεσιών

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Συσκευή / Ενέργεια / Πυκνότητα	Σημειώσεις
Εγγραφή 1				
Εγγραφή 2				
Εγγραφή 3				
Εγγραφή 4				
Εγγραφή 5				
Εγγραφή 6				

Συγκατάθεση και Υπογραφή

Συγκαταθέτω εθελοντικά στη θεραπεία αποφλοίωσης δέρματος με laser. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές και τις πιθανές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της λοίμωξης, της αλλαγής χρώματος και του σχηματισμού ουλών. Κατανοώ ότι πρόκειται για εξαιρετικής επιλογής καλλυντική διαδικασία και δεν έχει δοθεί καμία εγγύηση σχετικά με το αποτέλεσμα. Απαλλάσσω τον παροχέα και την πρακτική από ευθύνη που σχετίζεται με αυτή τη θεραπεία, εκτός από περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τα παραπάνω στοιχεία και δίνω την ενημερωμένη συγκατάθεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τα παραπάνω στοιχεία: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.