

लेजर स्कनि रसिर्फेसगि सहमति

Ablative और non-ablative लेजर रसिर्फेसगि के लिए सूचित सहमति जिसमें fractional CO2, erbium, और carbon laser peels शामिल हैं

क्लाइंट की जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म की तारीख *

DD / MM / YYYY

उपचार विवरण

उपचार का प्रकार *

- | | |
|---|--|
| ☐ Fractional CO2 (ablative) | ☐ Erbium (ablative) |
| ☐ Non-ablative fractional (उदा., 1540/1550 nm) | ☐ Carbon laser peel |
| ☐ अन्य | |

उपचार क्षेत्र *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ पूरा चेहरा | ☐ आंखों के चारों ओर | ☐ मुंह के चारों ओर |
| ☐ गर्दन | ☐ छाती | ☐ हाथ |
| ☐ नशान (नीचे निर्दिष्ट करें) | | |

लक्ष्य

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ झुर्रियां और बारीक रेखाएं | ☐ मुहांसों के नशान | ☐ सूरज की क्षति / पर्मिटेसन |
| ☐ बनावट और छदिर | ☐ त्वचा की शथिलता | |

क्या आपने पहले लेजर रसिर्फेसगि, गहरी पीलिंग, या डर्मिब्रेशन करवाया है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

अगर हाँ, तो कब और आपकी त्वचा कैसे प्रतिक्रिया दी?

चिकित्सा इतिहास

क्या आप गर्भवती हैं, गर्भ धारण करने की कोशिश कर रही हैं, या स्तनपान करा रही हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास नमिन्लखिति में से कोई है?

- ☐ ऑटोइम्यून स्थिति (lupus, RA, MS, आदि)
☐ मधुमेह
☐ कैंसर (वर्तमान या पछिले 5 वर्षों के भीतर)
☐ उपरोक्त में से कोई नहीं

- ☐ रक्त वक़िर या रक्त पतलाने वाली दवाएं ले रही हैं
☐ Keloid या hypertrophic scarring का इतिहास
☐ Immunosuppressed / प्रतिरक्षा वक़िर

क्या आपने पछिले 6-12 महीनों में isotretinoin (Accutane) लिया है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास cold sores (herpes simplex) का इतिहास है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास इस क्षेत्र में सक्रिय मुहांसे, संक्रमण, या खुले घाव हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपने पछिले 4 हफ्तों में धूप, तैनागि, या self-tanner का संपर्क किया है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास melasma या त्वचा की चोट के बाद रंग परिवर्तन का इतिहास है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास इस क्षेत्र में vitiligo, psoriasis, या eczema है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपने इस क्षेत्र में वक़िरिण चिकित्सा करवाई है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

वर्तमान दवाएं और पूरक

एलर्जी (दवाएं, latex, lidocaine, anesthetics)

जोखमि और जटलिताएं

संभावित जोखिम और जटिलताएं:

- लालमि, सूजन, oozing, और crusting कई दिनों के लिए (ablative) या 1-3 दिन (non-ablative); लालमि हफ्तों तक बनी रह सकती है
- दर्द या जलन उपचार के दौरान
- संक्रमण — बैक्टीरियल, वायरल (cold sore flare), या fungal
- Hyperpigmentation — गहरा होना, tanned या गहरी त्वचा में आम, आमतौर पर महीनों में फीका पड़ना
- Hypopigmentation — हल्का होना जो स्थायी हो सकता है, विशेष रूप से गहरे ablative उपचार के साथ
- लंबे समय तक लालमि, milia, या मुहांसों का भड़कना
- Scarring, textured या thickened नशान सहति (दुर्लभ)
- आंख की चोट सुरक्षात्मक eyewear के बिना
- Demarcation की लाइनें इलाज और अनुपचारित त्वचा के बीच

कठोर सूरज से बचना और SPF 30+ से 4 सप्ताह पहले और 8 सप्ताह बाद आवश्यक है। Ablative resurfacing के लिए 5-10 दिनों के लिए एक wound-care routine और काम से समय की आवश्यकता होती है।

मैं अपेक्षित उपचार प्रक्रिया को समझता हूँ, कम्प्लेक्स wound-care और sun-protection निर्देशों का बिल्कुल पालन करना चाहिए, और कउपचार वर्णति से अधिक समय ले सकता है।

मैं downtime और wound care को समझता हूँ: _____

मैं समझता हूँ कअस्थायी या स्थायी त्वचा का हल्का होना या गहरा होना, लंबे समय तक लालमि, और scarring संभव है, विशेष रूप से हाल की धूप, isotretinoin, या pigmentation के इतिहास के साथ।

मैं समझता हूँ करिंग परिवर्तन और scarring संभव है: _____

फोटो रलीज़

क्या हम आपके उपचार रिकॉर्ड के लिए before-और-after फोटो ले सकते हैं? *

☐ हाँ — केवल मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड के लिए

☐ हाँ — और आप उन्हें मार्केटिंग के लिए अनाम रूप से उपयोग कर सकते हैं

☐ नहीं

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	क्षेत्र	Device / Energy / Density	Notes
Entry 1				
Entry 2				
Entry 3				
Entry 4				
Entry 5				
Entry 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं स्वेच्छा से लेजर स्कनि रसिर्फेसगि उपचार के लिए सहमत देता हूँ। मुझे लाभ, जोखिम, विकल्प, और संभावित जटिलताओं, जिनमें संक्रमण, रंग परिवर्तन, और scarring शामिल हैं, के बारे में सूचित किया गया है। मैं समझता हूँ कि यह एक वैकल्पिक cosmetic प्रक्रिया है और परिणाम की कोई गारंटी नहीं दी गई है। मैं प्रदाता और practice को negligence के मामलों को छोड़कर इस उपचार से संबंधित liability से मुक्त करता हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ा और समझा है और अपनी सूचित सहमत देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ और समझा है:

हस्ताक्षर

दिनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जसि आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतसिंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशिल्क योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।