

Согласие на лазерное шлифование кожи

Информированное согласие на абляционное и неабляционное лазерное шлифование кожи, включая фракционный CO2, эрбиевый и углеродный пилинг

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали процедуры

Тип процедуры *

- ☐ Фракционный CO2 (абляционный)
- ☐ Эрбиевый (абляционный)
- ☐ Неабляционный фракционный (например, 1540/1550 нм)
- ☐ Углеродный пилинг
- ☐ Другое

Области лечения *

- ☐ Все лицо
- ☐ Вокруг глаз
- ☐ Вокруг рта
- ☐ Шея
- ☐ Грудь
- ☐ Руки
- ☐ Рубцы (указать ниже)

Цели

- ☐ Морщины и мелкие линии
- ☐ Постакне рубцы
- ☐ Фотостарение / пигментация
- ☐ Текстура и поры
- ☐ Вялость кожи

Были ли у вас ранее лазерное шлифование, глубокие пилинги или дермабразия? *

- ☐ Да
- ☐ Нет

Если да, когда и как реагировала ваша кожа?

История болезни

Вы беременны, планируете беременность или кормите грудью? *

- ☐ Да
- ☐ Нет

У вас есть одно из следующих состояний?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, ревматоидный артрит, рассеянный склероз и т. д.)
- ☐ Нарушение свертываемости или прием антикоагулянтов
- ☐ Диабет
- ☐ История келоидного или гипертрофического рубцевания
- ☐ Рак (в настоящее время или за последние 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / иммунное расстройство
- ☐ Ничего из перечисленного

Принимали ли вы изотретиноин (Аккутан) в течение последних 6–12 месяцев? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть история герпеса (простого герпеса)? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть активные угри, инфекция или открытые раны в этой области? *

- ☐ Да ☐ Нет

Была ли у вас солнечная экспозиция, загар или автозагар за последние 4 недели? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть мелазма или история изменения пигментации после травмы кожи? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть витилиго, псориаз или экзема в этой области? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вам проводилась лучевая терапия в этой области? *

- ☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Возможные риски и осложнения:

- Покраснение, отек, мокнутие и образование корок в течение нескольких дней (абляционное) или 1–3 дней (неабляционное); покраснение может сохраняться неделями
- Боль или жжение во время заживления
- Инфекция — бактериальная, вирусная (обострение герпеса) или грибковая
- Гиперпигментация — потемнение, частое при загорелой или темной коже, обычно исчезает в течение месяцев
- Гипопигментация — осветление, которое может быть постоянным, особенно при глубокой абляционной процедуре
- Длительное покраснение, просяные зерна или обострение угревой сыпи
- Рубцевание, включая текстурированные или утолщенные рубцы (редко)
- Повреждение глаз без защитных очков
- Линии демаркации между обработанной и необработанной кожей

Строгое избегание солнца и SPF 30+ за 4 недели до и 8 недель после процедуры крайне важно. Абляционное шлифование требует режима ухода за раной в течение 5–10 дней и времени отпуска.

Я понимаю процесс заживления, что я должен следовать инструкциям по уходу за раной и защите от солнца в точности, и что заживление может занять больше времени, чем описано.

Я понимаю процесс заживления и уход за раной: _____

Я понимаю, что возможны временное или постоянное осветление или потемнение кожи, длительное покраснение и рубцевание, особенно при недавней солнечной экспозиции, изотретиноине или истории пигментационных изменений.

Я понимаю, что возможны изменения пигментации и рубцевание: _____

Согласие на фотографирование

Можем ли мы сделать фотографии до и после процедуры для вашей истории лечения? *

- ☐ Да — только для моей медицинской карты
- ☐ Да — и вы можете использовать их анонимно в маркетинговых целях
- ☐ Нет

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Устройство / энергия / плотность	Примечания
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно даю согласие на лазерное шлифование кожи. Мне объяснены преимущества, риски, альтернативы и возможные осложнения, включая инфекцию, изменение пигментации и рубцевание. Я понимаю, что это факультативная косметическая процедура, и никаких гарантий результата не дано. Я освобождаю поставщика и клинику от ответственности, связанной с этой процедурой, кроме случаев халатности.

Я подтверждаю, что прочитал и понимаю приведенную выше информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понимаю приведенную выше информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.