

Συναίνεση για Αφαίρεση Σπυριών, Δερματοσημάτων & Βλαβών

Ενημερωμένη συναίνεση για την καλλυντική αφαίρεση σπυριών, καλών δερματοσημάτων και χρωματιστών βλαβών με ραδιοσυχνότητα, λέιζερ, κρυοθεραπεία ή ξύσιμο, με αναγνώριση παθολογίας

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Βλάβης

Τι αφαιρείται; *

☐ Σπύριο(α)

☐ Δερματόσημο (nevus)

☐ Σεβορροϊκή κερατίνωση / σημάδι ηλικίας

☐ Κεράσι αγγείωσης

☐ Milia

☐ Άλλο

Αριθμός βλαβών *

Τοποθεσία(ες) *

Μέθοδος *

☐ Ραδιοσυχνότητα / Ηλεκτροκαυτηρίαση

☐ Λέιζερ

☐ Κρυοθεραπεία (κατάψυξη)

☐ Ξύσιμο αφαίρεσης

☐ Αφαίρεση με κόψιμο

Έχει η βλάβη αλλάξει πρόσφατα με κάποιον από αυτούς τους τρόπους; *

☐ Αύξηση μεγέθους

☐ Αλλαγή χρώματος ή πολλαπλά χρώματα

☐ Ακανόνιστο ή άνισο περίγραμμα

☐ Αιμορραγία, φαγούρα ή θρύψη

☐ Εμφάνιση μετά τα 30 χρόνια

☐ Χωρίς αλλαγές

Έχει αξιολογηθεί η βλάβη από δερματολόγο ή ιατρό; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να συλλάβετε ή θηλάζετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα ακόλουθα;

- | | |
|--|---|
| ☐ Αυτοάνοση νόσος (λύκος, RA, MS, κ.λπ.) | ☐ Αιμοληπτική διαταραχή ή χρήση αντιπηκτικών |
| ☐ Σακχαρώδης διαβήτης | ☐ Ιστορικό κηλοειδούς ή υπερτροφικής ουλής |
| ☐ Καρκίνος (τρέχων ή τα τελευταία 5 χρόνια) | ☐ Ανοσοκαταστολή / ανοσολογική διαταραχή |
| ☐ Κανένα από τα παραπάνω | |

Έχετε ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μελάνωμας ή καρκίνου δέρματος; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε καρδιακό παλμογράφο ή εμφυτευμένη ηλεκτρονική συσκευή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Σχηματίζετε κηλοειδή ή παχιές ουλές; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε πάρει ισοτρετινοΐνη (Accutane) τα τελευταία 6 μήνια; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Παίρνετε αντιπηκτικά; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχουσες συνταγογραφημένες και συμπληρωματικές ουσίες

Αλλεργίες (φάρμακα, λατέξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Δυνητικοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Ουλές — κάθε αφαίρεση αφήνει σημάδι που μπορεί να είναι επίπεδο, υψωμένο, ανοιχτότερο ή σκουρότερο από το περιβάλλον δέρμα
- Υπερχρωμίωση ή υπόχρωμη περιοχή στη θέση, που μερικές φορές παραμένει
- Ατελής αφαίρεση ή επανεμφάνιση που απαιτεί δεύτερη θεραπεία
- Αιμορραγία, λοίμωξη ή καθυστερημένη επούλωση
- Πόνος ή καύσιμο κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία
- Νευρική ερεθιστικότητα — προσωρινή μούδιασμα (σπάνια)
- Αποτυχία διάγνωσης — η καλλυντική αφαίρεση χωρίς παθολογία σημαίνει ότι η βλάβη δεν εξετάζεται μικροσκοπικά· μια ύποπτη ή μεταβαλλόμενη βλάβη πρέπει να αξιολογηθεί από ιατρό και μπορεί να χρειαστεί βιοψία

Κρατήστε τη θέση σκεπασμένη και υγρή όπως σας ενημερώθηκε, αποφύγετε να χαράξετε τις κρούστες και χρησιμοποιήστε προστασία ηλίου για 3 μήνες για να μειώσετε τη μεταχρωματισμό.

Κατανοώ ότι η αφαίρεση αφήνει πάντα κάποιο σημάδι, ότι μπορεί να είναι ανοιχτότερο, σκουρότερο ή υψωμένο, και ότι η βλάβη μπορεί να επανεμφανιστεί και να απαιτήσει επανεπεξεργασία.

Κατανοώ ότι θα παραμείνει ουλή ή αλλαγή χρώματος: _____

Κατανοώ ότι η καλλυντική αφαίρεση δεν περιλαμβάνει μικροσκοπική εξέταση εκτός αν διευθετηθεί ειδικά, ότι μια μεταβαλλόμενη ή ύποπτη βλάβη πρέπει να αξιολογηθεί πρώτα από δερματολόγο, και ότι έχω απαντήσει αληθινά στις ερωτήσεις σχετικά με τη βλάβη.

Κατανοώ ότι αυτή η αφαίρεση είναι καλλυντική και η βλάβη δεν θα εξεταστεί από παθολογία εκτός αν διευθετηθεί: _____

Άδεια Φωτογραφίας

Μπορούμε να ληφθούν φωτογραφίες πριν και μετά για το αρχείο σας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου αρχείο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τα χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για μάρκετινγκ
- ☐ Όχι

Αρχείο Υπηρεσιών

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Βλάβη / Τοποθεσία	Μέθοδος / Ρυθμίσεις	Σημειώσεις
Εγγραφή 1				
Εγγραφή 2				
Εγγραφή 3				
Εγγραφή 4				
Εγγραφή 5				
Εγγραφή 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ καθελκυστικά στην καλλυντική αφαίρεση της βλάβης (ων) που περιγράφονται παραπάνω. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές (συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής αξιολόγησης και βιοψίας) και τις πιθανές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της ουλής και αλλαγής χρώματος. Κατανοώ ότι πρόκειται για προαιρετική διαδικασία και δεν έχει δοθεί καμία εγγύηση αποτελέσματος. Απαλλάσσω τον παρόχο και την πρακτική από την ευθύνη που σχετίζεται με αυτή τη θεραπεία εκτός σε περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

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.