

Consenso per rimozione di nei, porri e lesioni cutanee

Consenso informato per la rimozione cosmetica di porri, nei benigni e lesioni pigmentate mediante radiofrequenza, laser, crioterapia o escissione per raschiamento, con riconoscimento di patologia

Informazioni del cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo email *

Numero di telefono *

Data di nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli della lesione

Cosa viene rimosso? *

- | | |
|--|---|
| ☐ Porri della pelle | ☐ Nevo (neo) |
| ☐ Cheratosi seborroica / macchia senile | ☐ Angioma ciliegia |
| ☐ Miglio | ☐ Altro |

Numero di lesioni *

Localizzazione *

Metodo *

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Radiofrequenza / Elettrocauterio | ☐ Laser | ☐ Crioterapia (congelamento) |
| ☐ Escissione per raschiamento | ☐ Escissione con forbici | |

La lesione ha subito recentemente uno di questi cambiamenti? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Aumentata di dimensioni | ☐ Cambiato colore o ha più colori | ☐ Bordo irregolare o irregolare |
| ☐ Sanguina, prude o forma croste | ☐ Comparsa nuova dopo i 30 anni | ☐ Nessun cambiamento |

Questa lesione è stata valutata da un dermatologo o medico? *

- ☐ Sì ☐ No

Anamnesi medica

Sei incinta, stai cercando di concepire o stai allattando? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni?

- ☐ Malattia autoimmune (lupus, AR, SM, ecc.)
- ☐ Disturbo della coagulazione o in trattamento con anticoagulanti
- ☐ Diabete
- ☐ Anamnesi di cicatrici cheloidee o ipertrofiche
- ☐ Cancro (attuale o negli ultimi 5 anni)
- ☐ Immunosoppresso / disturbo immunitario
- ☐ Nessuna delle precedenti

Hai una storia personale o familiare di melanoma o cancro della pelle? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai un pacemaker o un dispositivo elettronico impiantato? *

- ☐ Sì ☐ No

Formi cheloidei o cicatrici spesse? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai assunto isotretinoina (Accutane) negli ultimi 6 mesi? *

- ☐ Sì ☐ No

Assumi anticoagulanti? *

- ☐ Sì ☐ No

Farmaci e integratori attuali

Allergie (farmaci, lattice, lidocaina, anestetici)

Rischi e complicanze

Rischi potenziali e complicanze:

- Cicatrizzazione — ogni rimozione lascia un segno che può essere piatto, sollevato, più chiaro o più scuro rispetto alla pelle circostante
- Iperpigmentazione o ipopigmentazione nel sito, talvolta persistenti
- Rimozione incompleta o ricrescita che richiedono un secondo trattamento
- Sanguinamento, infezione o guarigione ritardata
- Dolore o bruciore durante e dopo il trattamento
- Irritazione nervosa — intorpidimento temporaneo (raro)
- Diagnosi mancata — la rimozione cosmetica senza patologia significa che una lesione non viene esaminata al microscopio; una lesione sospetta o che cambia deve essere valutata da un medico e potrebbe richiedere una biopsia

Mantenere il sito coperto e umido come indicato, evitare di grattare le croste e utilizzare la protezione solare per 3 mesi per ridurre la decolorazione.

Comprendo che la rimozione lascia sempre un segno, che può essere più chiaro, più scuro o sollevato, e che la lesione può ripresentarsi e richiedere un nuovo trattamento.

Comprendo che rimarrà una cicatrice o un cambiamento di pigmento: _____

Comprendo che questa rimozione è cosmetica e la lesione non sarà sottoposta a esame patologico a meno che non sia appositamente concordato, che una lesione che cambia o sospetta deve essere valutata da un dermatologo per primo, e che ho risposto alle domande sulla lesione in modo veritiero.

Comprendo che questa rimozione è cosmetica e la lesione non sarà esaminata dalla patologia a meno che non sia concordato: _____

Autorizzazione fotografica

Possiamo scattare foto prima e dopo per il tuo fascicolo di trattamento? *

☐ Sì — solo per la mia cartella clinica

☐ Sì — e potete usarle anonimamente per il marketing

☐ No

Registro del servizio

Solo per uso interno

	Data	Lesione / Localizzazione	Metodo / Impostazioni	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e firma

Consento volontariamente alla rimozione cosmetica della lesione o delle lesioni descritte sopra. Sono stato informato dei vantaggi, dei rischi, delle alternative (inclusa la valutazione medica e la biopsia) e delle potenziali complicanze, inclusa la cicatrizzazione e il cambiamento di pigmento. Comprendo che si tratta di una procedura elettiva e che non è stata fatta alcuna garanzia di risultato. Sollevo il provider e la pratica dalla responsabilità relativa a questo trattamento salvo in caso di negligenza.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni precedenti e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni precedenti: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.