

Consimțământ pentru îndepărtarea Albuțelor, Etichete de Piele și Leziuni

Consimțământ informat pentru îndepărtarea cosmetică a etichetelor de piele, albuțelor benigne și leziunilor pigmentate prin radiofrecvență, laser, crioterapie sau exciziune prin ras, cu recunoașterea patologiei

Informații despre Client

Prenume *

Nume de Familie *

Adresă de E-mail *

Număr de Telefon *

Data Nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Detalii despre Leziune

Ce se îndepărtează? *

- | | |
|--|---|
| ☐ Etichetă de piele | ☐ Albuță (nevus) |
| ☐ Keratoză seboreică / pată de vârstă | ☐ Angiom cherry |
| ☐ Milia | ☐ Altul |

Numărul de leziuni *

Localizare(i) *

Metodă *

- | | |
|--|---|
| ☐ Radiofrecvență / Electrocauterizare | ☐ Laser |
| ☐ Crioterapie (congelarea) | ☐ Exciziune prin ras |
| ☐ Exciziune prin tăiere | |

S-a schimbat leziunea recent în oricare dintre aceste moduri? *

- | | |
|--|--|
| ☐ A crescut în dimensiune | ☐ Și-a schimbat culoarea sau are mai multe culori |
| ☐ Margine neregulată sau inegală | ☐ Sângerează, mâncărimi sau cruste |
| ☐ A apărut nou după vârsta de 30 de ani | ☐ Fără schimbări |

A evaluat un dermatolog sau medic această leziune? *

- ☐ Da ☐ Nu

Antecedente Medicale

Sunteți gravidă, încercați să concepeți sau alăptați? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți vreunul dintre următoarele?

- ☐ Condiție autoimună (lupus, AR, SM, etc.)
- ☐ Tulburare de coagulare sau utilizare de anticoagulante
- ☐ Diabet
- ☐ Istoric de keloid sau cicatrici hipertrofice
- ☐ Cancer (curent sau în ultimii 5 ani)
- ☐ Imunosuprimat / tulburare imunitară
- ☐ Niciuna dintre cele de mai sus

Aveți un istoric personal sau familial de melanom sau cancer de piele? *

- ☐ Da ☐ Nu

Aveți un stimulant cardiac sau dispozitiv electronic implantat? *

- ☐ Da ☐ Nu

Formați keloizi sau cicatrici groase? *

- ☐ Da ☐ Nu

Ați luat isotretinoin (Accutane) în ultimele 6 luni? *

- ☐ Da ☐ Nu

Luați anticoagulante? *

- ☐ Da ☐ Nu

Medicamente și suplimente curente

Alergii (medicamente, latex, lidocaină, anestetice)

Riscuri și Complicații

Riscuri și Complicații Potențiale:

- Cicatrici — fiecare îndepărtare lasă o urmă care poate fi plană, ridicată, mai deschisă la culoare sau mai închisă decât pielea înconjurătoare
- Hiperpigmentare sau hipopigmentare la locul tratamentului, uneori persistentă
- Îndepărtare incompletă sau recidivă care necesită un al doilea tratament
- Sângerare, infecție sau vindecare întârziată
- Durere sau senzație de arsură în timpul și după tratament
- Iritare nervoasă — amorțeală temporară (rară)
- Diagnostic ratat — îndepărtarea cosmetică fără patologie înseamnă că o leziune nu este examinată la microscop; o leziune suspectă sau în schimbare ar trebui evaluată de un medic și poate necesita biopsie

Pastrați locul acoperit și uman după cum se instruieste, evitați să scoateți cruste și folosiți protecție solară timp de 3 luni pentru a reduce decolorarea.

Înțeleg că îndepărtarea lasă întotdeauna o urmă, că aceasta poate fi mai deschisă, mai închisă la culoare sau ridicată, și că leziunea poate recidiva și necesita re-tratament.

Înțeleg că va rămâne o cicatrice sau o schimbare de pigment: _____

Înțeleg că îndepărtarea cosmetică nu include examinare microscopică decât dacă este specific aranjat, că o leziune în schimbare sau suspectă ar trebui evaluată mai întâi de un dermatolog, și că am răspuns cu sinceritate la întrebările despre leziune.

Înțeleg că această îndepărtare este cosmetică și leziunea nu va fi examinată de patologie decât dacă este aranjat: _____

Autorizație pentru Fotografii

Putem face fotografii înainte și după pentru înregistrarea tratamentului dvs.? *

- ☐ Da — doar pentru înregistrarea mea medicală
- ☐ Da — și puteți le utiliza în mod anonim pentru marketing
- ☐ Nu

Jurnal de Servicii

Doar pentru uz intern

	Data	Leziune / Localizare	Metodă / Setări	Note
Intrare 1				
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ și Semnătură

Consimt în mod voluntar la îndepărtarea cosmetică a leziunilor descrise mai sus. Am fost informat(ă) despre beneficii, riscuri, alternative (inclusiv evaluare medicală și biopsie) și potențiale complicații, inclusiv cicatrici și schimbare de pigment. Înțeleg că aceasta este o procedură electivă și nu s-a dat nicio garanție cu privire la rezultat. Mă exonez pe provider și clinică de răspundere legată de acest tratament, cu excepția cazurilor de neglijență.

Confirm că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul meu informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.