

Согласие на удаление родинок, кожных меток и пигментированных образований

Информированное согласие на косметическое удаление кожных меток, доброкачественных родинок и пигментированных образований с помощью радиочастотного воздействия, лазера, криотерапии или сбривания с подтверждением патологического исследования

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Описание образования

Что удаляется? *

☐ Кожная метка (метки)

☐ Родинка (невус)

☐ Себорейный кератоз / пигментное пятно

☐ Вишневая ангиома

☐ Милиумы

☐ Другое

Количество образований *

Локализация *

Метод *

☐ Радиочастотное / электрокоагуляция

☐ Лазер

☐ Криотерапия (замораживание)

☐ Поверхностное иссечение

☐ Иссечение с помощью инструмента

Было ли недавно замечено любое из следующих изменений образования? *

☐ Увеличение размера

☐ Изменение цвета или наличие нескольких цветов

☐ Неправильная или неровная граница

☐ Кровоточит, зудит или покрывается корками

☐ Появилось впервые после 30 лет

☐ Никаких изменений

Проводилось ли данное образование дерматологом или врачом? *

☐ Да ☐ Нет

Медицинский анамнез

Вы беременны, планируете забеременеть или кормите грудью? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас какое-либо из следующего?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, ревматоидный артрит, рассеянный склероз и т.д.)
- ☐ Нарушение свертываемости крови или приём антикоагулянтов
- ☐ Диабет
- ☐ История образования келоидных или гипертрофических рубцов
- ☐ Рак (текущий или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / нарушение иммунитета
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Есть ли у вас личная или семейная история меланомы или рака кожи? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас кардиостимулятор или имплантированное электронное устройство? *

☐ Да ☐ Нет

Образуются ли у вас келоиды или толстые рубцы? *

☐ Да ☐ Нет

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

☐ Да ☐ Нет

Принимаете ли вы разжижающие кровь препараты? *

☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Потенциальные риски и осложнения:

- Рубцевание — после каждого удаления остаётся след, который может быть плоским, приподнятым, светлее или темнее окружающей кожи
- Гиперпигментация или гипопигментация в месте лечения, иногда длительно сохраняющиеся
- Неполное удаление или рецидив образования, требующие повторного лечения
- Кровотечение, инфекция или замедленное заживление
- Боль или жжение во время и после лечения
- Раздражение нервов — временное онемение (редко)
- Пропущенный диагноз — косметическое удаление без патологического исследования означает, что образование не будет исследовано под микроскопом; подозрительное или изменяющееся образование должно быть оценено врачом и может потребовать биопсию

Держите область закрытой и влажной согласно инструкциям, избегайте ковыряния корок и используйте защиту от солнца в течение 3 месяцев, чтобы уменьшить изменение пигментации.

Я понимаю, что удаление всегда оставляет след, который может быть светлее, темнее или приподнят, и что образование может вернуться и потребовать повторного лечения.

Я понимаю, что на месте удаления останется шрам или изменение пигментации: _____

Я понимаю, что косметическое удаление не включает микроскопическое исследование, если только оно специально не согласовано, что изменяющееся или подозрительное образование должно быть предварительно оценено дерматологом, и что я правдиво ответил на все вопросы об образовании.

Я понимаю, что данное удаление является косметическим и образование не будет исследовано при патологии, если это не согласовано отдельно: _____

Согласие на фотографирование

Можем ли мы сделать фотографии до и после лечения для вашей медицинской карты? *

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

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Образование / Локализация	Метод / Параметры	Примечания
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно согласен на косметическое удаление образования (образований), описанного выше. Мне была предоставлена информация о преимуществах, рисках, альтернативах (включая обследование врача и биопсию) и потенциальных осложнениях, включая рубцевание и изменение пигментации. Я понимаю, что это добровольная процедура и никаких гарантий результата не даётся. Я снимаю ответственность с поставщика услуг и клиники в связи с данным лечением, за исключением случаев халатности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял вышеизложенную информацию, и даю своё информированное согласие.

Я прочитал и понимаю вышеизложенную 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.