

Samtycke för borttagning av födelsemärken, hudtaggar och pigmenterade lesioner

Informerat samtycke för kosmetisk borttagning av hudtaggar, godartade födelsemärken och pigmenterade lesioner genom radiofrekvens, laser, kryoterapi eller rakskärning, med bekräftelse av patologi

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Information om lesion

Vad ska tas bort? *

☐ Hudtagg(ar)

☐ Födelsemärke (nevus)

☐ Seborrheisk keratos / åldersflick

☐ Körsbärsangiom

☐ Milia

☐ Annat

Antal lesioner *

Placering(ar) *

Metod *

☐ Radiofrekvens / Elektrokauster

☐ Laser

☐ Kryoterapi (frysning)

☐ Rakskärning

☐ Snitt-excision

Har lesionen nyligen förändrats på något av följande sätt? *

☐ Vuxit i storlek

☐ Ändrat färg eller har flera färger

☐ Oregelbunden eller ojämn kant

☐ Blöder, kliar eller skorpas

☐ Dök upp nyligen efter 30 års ålder

☐ Inga förändringar

Har en dermatolog eller läkare utvärderat denna lesion? *

☐ Ja

☐ Nej

Medicinsk historia

Är du gravid, försöker bli gravid eller ammar? *

☐ Ja

☐ Nej

Har du någon av följande?

- | | |
|--|--|
| ☐ Autoimmun sjukdom (lupus, RA, MS, etc.) | ☐ Blödningsrubbning eller på blodförtunnare |
| ☐ Diabetes | ☐ Historik av keloid eller hypertrofisk ärrbild |
| ☐ Cancer (aktuell eller inom de senaste 5 åren) | ☐ Immunsupprimerad / immunrubbning |
| ☐ Ingen av ovanstående | |

Har du personlig eller familjehistoria av melanom eller hudcancer? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du en pacemaker eller implantat med elektronisk enhet? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Bildas keloid eller tjocka ärr? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du tagit isotretinoin (Accutane) under de senaste 6 månaderna? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Tar du blodförtunnare? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Aktuella mediciner och kosttillskott

Allergier (mediciner, latex, lidokain, bedövningsmedel)

Risker och komplikationer

Potentiella risker och komplikationer:

- Ärrbild — varje borttagning lämnar ett märke som kan vara platt, upphöjt, ljusare eller mörkare än omgivande hud
- Hyperpigmentering eller hypopigmentering på platsen, ibland varaktig
- Ofullständig borttagning eller återväxt som kräver en andra behandling
- Blödning, infektion eller försenad läkning
- Smärta eller brännande under och efter behandling
- Nervöverstimulering — tillfällig domning (sällsynt)
- Missat diagnos — kosmetisk borttagning utan patologi innebär att en lesion inte undersöks under ett mikroskop; en misstänkt eller förändrad lesion bör utvärderas av en läkare och kan behöva biopsi

Håll platsen täckt och fuktig enligt instruktioner, undvik att plocka på skorpor och använd solskydd i 3 månader för att minska missfärgning.

Jag förstår att borttagning alltid lämnar något märke, att det kan vara ljusare, mörkare eller upphöjt, och att lesionen kan återkomma och kräva ombehandling.

Jag förstår att ett ärr eller pigmentförändring kommer att finnas kvar: _____

Jag förstår att kosmetisk borttagning inte inkluderar mikroskopisk undersökning om det inte är specifikt arrangerat, att en förändrad eller misstänkt lesion bör utvärderas av en dermatolog först, och att jag har besvarat lesionfrågorna sanningsenligt.

Jag förstår att denna borttagning är kosmetisk och att lesionen inte kommer att undersökas av patologi om det inte är arrangerat: _____

Fotofrigivning

Kan vi ta före- och efter-foton för ditt behandlingsprotokoll? *

- ☐ Ja — endast för mitt medicinska journal
- ☐ Ja — och ni kan använda dem anonymt för marknadsföring
- ☐ Nej

Tjänstlogg

Endast för kontorsbruk

	Datum	Lesion / Placering	Metod / Inställningar	Anteckningar
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker frivilligt till kosmetisk borttagning av lesion(erna) beskriven ovan. Jag har blivit informerad om fördelarna, riskerna, alternativen (inklusive läkarbedömning och biopsi) och potentiella komplikationer, inklusive ärrbild och pigmentförändring. Jag förstår att detta är en valfri procedur och ingen garanti för resultat har gjorts. Jag ger leverantören och praktiken frihet från ansvar relaterat till denna behandling förutom i fall av vårdslöshet.

Jag bekräftar att jag har läst och förstått ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahölls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.