

Hasta, Cilt Etiketi ve Lezyon Çıkarma Onayı

Radyofrekans, lazer, kriyoterapi veya kazıma eksizyon yoluyla benign ben, cilt etiketi ve pigmente lezyonların kozmetik olarak çıkarılması için bilgilendirilmiş onam ve patoloji onayı

İstemci Bilgileri

Adı *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Lezyon Ayrıntıları

Hangi yapı çıkarılıyor? *

☐ Cilt etiketi(leri)

☐ Ben (nevüs)

☐ Seborheik keratoz / yaş lekesi

☐ Kiraz anjiyomu

☐ Beyaz başlı sivilce

☐ Diğer

Lezyon sayısı *

Yer(ler) *

Yöntem *

☐ Radyofrekans / Elektrokoterizasyon

☐ Lazer

☐ Kriyoterapi (dondurma)

☐ Kazıma eksizyon

☐ Kesme eksizyon

Lezyon son zamanda şu şekillerde değişti mi? *

☐ Boyutunda büyüdü

☐ Rengi değişti veya çok renkli

☐ Düzensiz veya eşitsiz sınır

☐ Kanıyor, kaşınıyor veya hastalanıyor

☐ 30 yaşından sonra ortaya çıktı

☐ Değişiklik yok

Bu lezyonu bir dermatoloji uzmanı veya doktor değerlendirdi mi? *

☐ Evet

☐ Hayır

Tıbbi Geçmiş

Hamile misiniz, hamile olmaya çalışıyor musunuz veya emziriyor musunuz? *

☐ Evet

☐ Hayır

Aşağıdakilerden herhangi birine sahip misiniz?

- | | |
|---|---|
| ☐ Otoimmün hastalık (lupus, RA, MS, vb.) | ☐ Kanama bozukluğu veya kan seyreltici kullanımı |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Keloid veya hipertrofik skar öyküsü |
| ☐ Kanser (şu anda veya son 5 yıl içinde) | ☐ İmmünosupresif / bağışıklık bozukluğu |
| ☐ Yukarıdakilerden hiçbiri | |

Melanoma veya cilt kanseri kişisel veya aile öyküsü var mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Kalp pili veya gömülü elektronik cihazınız var mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Keloid veya kalın skar oluşturuyor musunuz? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Son 6 ayda izotretinoin (Accutane) kullandınız mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Kan seyreltici ilaç alıyor musunuz? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Geçerli ilaçlar ve takviyeler

Alerjiler (ilaçlar, lateks, lidokain, anestezikler)

Riskler ve Komplikasyonlar

Potansiyel Riskler ve Komplikasyonlar:

- Skarlaşma — her çıkarma işlemi, çevredeki deri ile düz, yükseltilmiş, daha açık veya daha koyu olabilecek bir işaret bırakır
- Hiperpigmentasyon veya hipopigmentasyon bölgede, bazen uzun süre kalır
- Eksik çıkarma veya yeniden büyüme ikinci bir işlem gerektiren
- Kanama, enfeksiyon veya gecikmiş iyileşme
- Tedavi sırasında ve sonrasında ağrı veya yanma hissi
- Sinir tahrişi — geçici uyuşma (nadir)
- Teşhisten kaçırılan — patoloji olmaksızın kozmetik çıkarma, bir lezyonun mikroskop altında incelenmemesi anlamına gelir; şüpheli veya değişen bir lezyon bir hekim tarafından değerlendirilmeli ve biyopsi gerekebilir

Yönergelere uygun şekilde bölgeyi kapalı ve nemli tutun, kabarcıkları koparmaktan kaçının ve renk değişimini azaltmak için 3 ay boyunca güneş koruması kullanın.

Çıkarma işleminin daima bir işaret bıraktığını, bunun daha açık, daha koyu veya yükseltilmiş olabileceğini ve lezyonun geri dönebileceğini ve yeniden tedavi gerektirebileceğini anlıyorum.

Bir skar veya pigment değişikliği kalacağını anlıyorum: _____

Kozmetik çıkarma işleminin özel olarak düzenlenmedikçe mikroskopik incelemeyi içermediğini, değişen veya şüpheli bir lezyonun önce bir dermatoloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiğini ve lezyon sorularına dürüstçe cevap verdiğimi anlıyorum.

Bu çıkarmanın kozmetik olduğunu ve lezyon patoloji tarafından incelenmeyeceğini anlıyorum: _____

Fotoğraf İzni

Tedavi kaydınız için ön ve son fotoğraflar çekebilir miyiz? *

- ☐ Evet — sadece tıbbi kaydım için
- ☐ Evet — ve pazarlama için isimsiz olarak kullanabilirsiniz
- ☐ Hayır

Hizmet Kaydı

Yalnızca ofis kullanımı için

	Tarih	Lezyon / Yer	Yöntem / Ayarlar	Notlar
Giriş 1				
Giriş 2				
Giriş 3				
Giriş 4				
Giriş 5				
Giriş 6				

Onam ve İmza

Yukarıda açıklanan lezyon(ları)n kozmetik olarak çıkarılmasına gönüllü olarak onay veriyorum. Faydalar, riskler, alternatifler (hekim değerlendirmesi ve biyopsi dahil) ve potansiyel komplikasyonlar (skarlaşma ve pigment değişikliği dahil) hakkında bilgilendirilmiştim. Bunun seçmeli bir prosedür olduğunu ve sonuç hakkında hiçbir garanti verilmediğini anlıyorum. Sağlayıcı ve kliniği ihmal dışında bu tedavi ile ilgili herhangi bir sorumluluktan muaf tutarım.

Yukarıdaki bilgileri okuduğumu ve anladığımı doğruluyorum ve bilgilendirilmiş onay veriyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anlıyorum: _____

İmza

Tarih

Adı yazın

Tarih *

GG / AA / YYYY

Bu form Consentify tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır

Consentify, bunun gibi formları müşterilerinizin QR kod aracılığıyla kendi telefonlarında imzaladığı dijital rızaya dönüştürür — otomatik PDF'ler, kontrendikasyon bayrakları ve şifreli depolama ile. Ücretsiz plan <https://getconsentify.com> adresinde mevcuttur.

Yalnızca şablon. Kullanmadan önce kendi lisanslı uzman veya hukuk müşaviri ile gözden geçirin; gereksinimler yargı alanına ve uygulamaya göre değişir.