

Згода на видалення родимок, шкірних виrostів та уражень шкіри

Інформована згода на косметичне видалення шкірних виrostів, доброякісних родимок та пігментованих уражень за допомогою радіочастотної енергії, лазера, кріотерапії або вибіркового видалення з визнанням патологічного дослідження

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі ураження

Що видаляється? *

- | | |
|--|--|
| ☐ Шкірний виrost | ☐ Родимка (невус) |
| ☐ Себорейний кератоз / вікова пляма | ☐ Вишневий ангиом |
| ☐ Просяниця | ☐ Інше |

Кількість уражень *

Розташування *

Метод *

- | | |
|--|--|
| ☐ Радіочастотна енергія / електрокаутеризація | ☐ Лазер |
| ☐ Кріотерапія (заморожування) | ☐ Вибіркове видалення |
| ☐ Видалення зрізанням | |

Чи змінилося ураження недавно яким-небудь з цих способів? *

- | | |
|--|--|
| ☐ Збільшилось в розмірі | ☐ Змінило колір або має декілька кольорів |
| ☐ Неправильний або нерівний край | ☐ Кровить, свербить або утворює кірки |
| ☐ З'явилося вперше після 30 років | ☐ Немає змін |

Чи проводив дерматолог або лікар оцінку цього ураження? *

- ☐ Так ☐ Ні

Медична історія

Ви вагітні, намагаєтесь завагітніти або годуєте грудьми? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є будь-яке з наступного?

- ☐ Автоімунне захворювання (вовча, ревматоїдний артрит, розсіяний склероз тощо)
- ☐ Порушення згортання крові або прийом антикоагулянтів
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Історія утворення келоїдів або гіпертрофічних рубців
- ☐ Рак (поточний або протягом останніх 5 років)
- ☐ Імуносупресія / порушення імунітету
- ☐ Нічого з вищезазначеного

Чи у вас є особиста або сімейна історія меланоми або раку шкіри? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є кардіостимулятор або імплантований електронний пристрій? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи утворюєте ви келоїди або товсті рубці? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи приймали ви ізотретиноїн (Аккутан) протягом останніх 6 місяців? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи приймаєте ви препарати для розрідження крові? *

- ☐ Так ☐ Ні

Поточні ліки та добавки

Алергії (ліки, латекс, лідокаїн, анестетики)

Ризики та ускладнення

Потенційні ризики та ускладнення:

- Рубцювання — кожне видалення залишає слід, який може бути плоским, піднятим, світлішим або темнішим за оточуючу шкіру
- Гіперпігментація або гіпопігментація на місці видалення, часом тривалого характеру
- Неповне видалення або повернення ураження, що вимагає другого лікування
- Кровотеча, інфекція або затримане загоєння
- Біль або печіння під час та після лікування
- Подразнення нерва — тимчасова втрата чутливості (рідко)
- Пропущений діагноз — косметичне видалення без патологічного дослідження означає, що ураження не обстежується під мікроскопом; підозріле або ураження, що змінюється, повинно бути оцінено лікарем та може потребувати біопсії

Держіть місце видалення закритим та вологим, як вказано, уникайте видирання кірок та використовуйте сонцезахист протягом 3 місяців для зменшення зміни забарвлення.

Я розумію, що видалення завжди залишає якийсь слід, що він може бути світлішим, темнішим або піднятим, і що ураження може повернутися і потребувати повторного лікування.

Я розумію, що завжди залишиться якийсь слід, що він може бути світлішим, темнішим або піднятим, і що ураження може повернутися і потребувати повторного лікування: _____

Я розумію, що косметичне видалення не включає мікроскопічне обстеження, якщо це не буде спеціально організовано, що підозріле або ураження, що змінюється, повинно спочатку оцінитися дерматологом, і що я правдиво відповів на питання про ураження.

Я розумію, що це видалення є косметичним і ураження не буде обстежене патологічно, якщо це не буде спеціально організовано: _____

Дозвіл на фотографування

Чи можемо ми зробити фотографії до та після лікування для вашої медичної карти? *

- ☐ Так — тільки для моєї медичної карти
- ☐ Так — і ви можете використовувати їх анонімно для маркетингу
- ☐ Ні

Журнал обслуговування

Тільки для службового використання

	Дата	Ураження / розташування	Метод / налаштування	Примітки
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно даю згоду на косметичне видалення уражень, описаних вище. Мене інформували про переваги, ризики, альтернативи (включаючи оцінку лікаря та біопсію) та потенційні ускладнення, включаючи рубцювання та зміну пігментації. Я розумію, що це виборче вторгнення і жодних гарантій результату не надано. Я звільняю постачальника та практику від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, крім випадків недбалості.

Я підтверджую, що прочитав та зрозумів вищезазначену інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав та розумію вищезазначену інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.
Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.