

痣、皮肤标签和病变去除同意书

知情同意书，用于通过射频、激光、冷冻疗法或刮除术进行美容去除皮肤标签、良性痣和色素病变，并附带病理学确认

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

病变详情

去除什么？ *

☐ 皮肤标签

☐ 痣（痣状体）

☐ 脂溢性角化症/老年斑

☐ 樱桃血管瘤

☐ 粟粒疹

☐ 其他

病变数量 *

位置 *

方法 *

☐ 射频/电灼

☐ 激光

☐ 冷冻疗法（冷冻）

☐ 刮除术

☐ 剪切切除术

病变最近是否以以下任何方式变化？ *

☐ 体积增大

☐ 颜色改变或多种颜色

☐ 边界不规则或不均匀

☐ 出血、瘙痒或结痂

☐ 30 岁之后新出现

☐ 无变化

皮肤科医生或医生是否评估过此病变？ *

☐ 是

☐ 否

病史

您是否怀孕、正在尝试怀孕或正在哺乳？ *

☐ 是

☐ 否

您是否有以下任何情况？

☐ 自身免疫病（狼疮、RA、MS 等）

☐ 凝血障碍或服用血液稀释剂

☐ 糖尿病

☐ 瘢痕疙瘩或增生性瘢痕病史

☐ 癌症（现有或过去 5 年内）

☐ 免疫抑制/免疫障碍

☐ 以上都没有

您是否有黑色素瘤或皮肤癌的个人或家族史？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有起搏器或植入式电子设备？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否容易形成瘢痕疙瘩或厚重的瘢痕？ *

☐ 是 ☐ 否

您在过去 6 个月内是否服用过异维 A 酸（Accutane）？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否服用血液稀释剂？ *

☐ 是 ☐ 否

目前的药物和补充剂

过敏症（药物、乳胶、利多卡因、麻醉剂）

风险与并发症

潜在风险和并发症：

- 瘢痕形成 — 每次去除都会留下可能平坦、隆起、比周围皮肤浅或深的痕迹
- 色素沉着过度或色素沉着不足 在手术部位，有时会持续
- 不完全去除或复发 需要第二次治疗
- 出血、感染或愈合延迟
- 治疗中和之后的疼痛或灼痛
- 神经刺激 — 暂时性麻木（罕见）
- 误诊 — 未进行病理检查的美容去除意味着病变未在显微镜下检查；可疑或改变的病变应由医生评估，可能需要活检

按照指示保持手术部位覆盖和湿润，避免挑拨痂皮，并在 3 个月内使用防晒以减少变色。

我理解去除总会留下一些痕迹，可能比周围皮肤浅、深或隆起，并且病变可能会回复并需要重新治疗。

我理解留下瘢痕或
色素改变：

我理解这是美容性去除，除非另外安排，否则病变不会接受显微镜检查，改变或可疑的病变应首先由皮肤科医生评估，我已如实回答了病变问题。

我理解此去除是美容性的，病变不会接受
病理检查，除非另外安排：

照片发布

我们可以为您的治疗记录拍摄治疗前后照片吗？ *

☐ 是 — 仅用于我的医疗记录

☐ 是 — 您可以将其匿名用于营销

☐ 否

服务日志
仅供办公室使用

	日期	病变/位置	方法/设置	备注
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意和签名

我自愿同意去除上述病变。我已被告知益处、风险、替代方案（包括医生评估和活检）以及潜在并发症，包括瘢痕和色素改变。我理解这是一项选择性程序，尚未对任何结果作出保证。我免除医疗提供者和诊所在非过失情况下与此治疗相关的责任。

我确认已阅读并理解上述信息，并表示知情同意。

我已读并理解上述信息：

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。