



Kartelë pacienti: Dermo-estetikë

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Vlerësimi i Lëkurës

Tipi i lëkurës (Fitzpatrick)

- ☐ I. Gjithmonë digjet, kurrë nuk nxihet
☐ II. Zakonisht digjet, nxihet pak
☐ III. Ndonjëherë digjet, nxihet gradualisht
☐ IV. Rrallë digjet, nxihet lehtë
☐ V. Shumë rrallë digjet, nxihet shumë
☐ VI. Kurrë nuk digjet, e pigmentuar thellë

Tipi i lëkurës

☐ Normale ☐ E thatë ☐ E yndyrshme ☐ E përzier ☐ E ndjeshme

Shqetësimi kryesor

2. Anamneza

Alergji ndaj produkteve, lidokainës apo lateksit?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Çrregullime autoimune?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Prirje për keloide apo çrregullime cikatrizimi?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Herpes labialis aktiv apo i përsëritur?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Isotretinoin gjatë 6 muajve të fundit?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shtatzënë apo ushqeni me gji?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Trajtime estetike të mëparshme

3. Dokumentimi Fotografik

Foto para trajtimit

Vendi për foton ose skicën

Data e fotos para

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Foto pas trajtimit

Vendi për foton ose skicën

Data e fotos pas

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

4. Pëlqimi

Pëlqimi për procedurë estetike

1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën time, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrolle ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimarrjen time.
4. Autorizoj mjekun estetik dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinikisht të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua.
5. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Data e Nënshkrimit:

5. Regjistri i Trajtimeve

Produktet dhe zonat e trajtuara

Data	Produkti	Nr. serie (LOT)	Zona e trajtuar	Sasia (ml/njësi)

Reagime dhe ndjekje

Trajtimi i radhës

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy