

טופס הסכמה מדעת לטיפול ב- CO2 PIXEL מביט ALMA

אני מצהיר שקראתי והבנתי את המידע הבא:

מטרת CO2 PIXEL LASER הוא לשימוש בשיוף עור מקטעי (פרקציונלי) לצורך הפחתת או סילוק סימני עור נגוע או לטיפול בעור מתבגר, בנגעי עור, בקמטים בפנים או בטיפול בצלקות כדוגמת צלקות פוסט אקנה. טכנולוגיית CO2 pixel מכוונת לחלקים קטנים ונקודתיים מאוד של העור המשאירים רקמה לא פגועה על מנת לזרז ריפוי. במילים אחרות, רק חלק מאזור המטרה – לא כל השטח – נפגע. ניתן להשתמש בהרדמה מקומית להקלה בכאב בזמן הטיפול.

באופן כללי, תוצאות ה-CO2 pixel לאבלציה מקטעית של העור מדגימות שיפור במרקם העור, אך העלמת קמטים או צלקת באופן מושלם לא ריאלית להתקבל.

תופעות קצרות טווח היכולות להתקבל לאחר הטיפול ב- CO2 laser Pixel Fractional Ablative Skin Resurfacing:

1. **כאב** – אי נוחות קלה, תחושת צריבה או כאב עדין בשעות הראשונות לאחר הפרוצדורה וכאב זה עשוי להמשך מספר שעות או ימים.
2. **אודם של העור** – אודם ובצקת למספר שעות או עד כ-7 ימים לאחר הטיפול.
3. **ריפוי פצע** – גלד וקילוף של אזור הטיפול, נמשך בדר"כ 2-7 ימים מיום הטיפול.
4. **הידוק העור** – תחושה של מתיחה של העור, השיא בין 3-8 שבועות לאחר הפרוצדורה.
5. **הרפס סימפלקס** – הופעה או חזרה של הרפס סימפלקס דרמטיטיס, במיוחד אם לא נלקח טיפול מניעתי טרום, במהלך פוסט טיפול כמו אציקלוביר.
6. **גרד של העור** – עקצוץ או גרד בשלבי ריפוי ראשוניים.
7. **היפרפיגמנטציה של העור** – יכולה להיווצר כהות פיגמנטית של במיוחד בגווני עור כהים יותר בדר"כ 3-8 שבועות לאחר הטיפול בלייזר.

הסכמת המטופל

אני מבין שיש להימנע מחשיפה לשמש ולחום מוגזם לתקופה של 3 חודשים. חל איסור מחשיפה לא מוגנת לשמש למשך שישה חודשים, דבר זה עשוי לגרום לשינויים פיגמנטים בעור.

אני מבין שיש מקרים בהם לעיתים יש צורך ביותר מטיפול אחד עם CO2 PIXEL על מנת לקבל את התוצאה האופטימלית.

אני מבין שמדע הרפואה והניתוח אינו מדע מדויק ואני מכיר בכך שאין התחייבות כלפיי בנוגע לתוצאות הטיפול. אני מבין כי לא ניתן לדעת מראש על כל סיבוך שעלול להיווצר.

הרופא שלי הסביר לי על הלייזר והטכנולוגיה של CO2 pixel ועל הסיכונים, היתרונות והאפשרויות החלופיות וענה על כל שאלותי על הפרוצדורה. לפיכך, אני נותן הסכמתי לעבור את הטיפול ב- CO2 laser Pixel fractional ablative skin resurfacing procedure.

תאריך

חתימת המטופל

" אני מאשר ששוחחתי עם המטופל על כל האמור מעלה. הצעתי לענות על כל שאלה בנוגע לפרוצדורה ומאמין שהמטופל מבין את מה שהסברתי ועניתי"

תאריך

