

טופס הסכמה רפואית לטיפול Femilift

הסכם זה נחתם בין הקליניקה המטפלת/ הרופא המטפל _____ לבין _____ שיקרא כאן המטופלת

הנני מאשרת כי קראתי ואני מבינה את הפרטים הבאים:

אני מבקשת לערוך את טיפול לייזר **CO2** למיצוק הנרתיק / בריחת שתן (**SUI**) מרצוני החופשי

אני מאשרת בזאת כי טיפול לייזר **CO2** זה יתבצע על ידי צוות המרפאה ובכללם רופאים, טכנאים, יועצים וספקי שירותי בריאות אחרים שהוכשרו לטיפול עפ"י דעתם של צוות המרפאה.

אני משחררת בזאת את הצוות המטפל מאחריות לכל תופעות לוואי שעלולות להיגרם כתוצאה מטיפול זה וטיפולים נגזרים הקשורים לטיפול.

אני מכירה בכך שטיפול זה אינו מדע מדויק ומאשרת כי לא ניתנו לי ערבויות או הבטחות באשר לתוצאות הטיפול. אני מכירה ומאשרת בזאת כי קיימים סיכונים הכרוכים בביצוע הליך זה. אני מבינה ומכירה בכך שהסיכונים שעלולים להתרחש בקשר עם הליך מסוים זה עשויים לכלול את הבאים:

- זיהום – דלקת עור הינה תופעת לוואי נדירה אך אפשרית כתוצאה מביצוע הליך עור. אני מבינה כי קיימת אפשרות נדירה בה דלקת עור מתפשטת לזיהום רחב נישא בדם.

- קרישי דם בוורידים וריאות - אם כי נדיר ביותר, עשויים להתפתח קרישי דם הקשורים בטיפול זה

- תגובות אלרגיות - למרות שזה נדיר, קיימת אפשרות להתפתחות תגובה אלרגית לתרופות שהוחלו על האזור המטופל ומכך תגובה אלרגית לתרופות ששירשמו עבורי.

- דימום ושטפי דם – היווצרות חבורות באזור המטופל אפשריות, בעיקר במידה ונעשה שימוש באספירין או תרופות המכילות אספירין או תרופות מדללות דם אחרות במהלך 10 ימים טרם הטיפול.

- הישנות של המצב – תוצאות הטיפול אינן קבועות גם במצב של מספר טיפולים מרובה.

- צלקות - הצטלקות הינה סיבוך נדיר של טיפול בלייזר. במקרים נדירים הצטלקות היא אפשרית. בכדי להקטין את הסיכון של הצטלקות, יש למלא אחר הוראות הפוסט-ניתוחיות באופן מלא.

- אי נוחות וכאב – קיימת אפשרות לתחושת אי נוחות מסוימת במהלך ואחרי הטיפול. אני נותנת את הסכמתי להזרקת חומרי אלחוש/ הרדמה מקומיים במידת הצורך.

- שינויי פיגמנט (צבע עור) – במהלך תהליך ההחלמה, ישנה אפשרות להבהרה/התכהות באזור המטופל. שינויים אלו זמניים, אך במצבים נדירים עשויים להיות קבועים.

- החלמה איטית – במקרים מסוימים, זמן החלמת הפצע הפתוח עלול להיות ארוך מהזמן הרגיל (שבוע – שלושה שבועות).

- עיוורון ונזק לעיניים – קרני לייזר, ללא משקפי מגן, עלולים לגרום לאובדן ראייה עד עיוורון. יש להשתמש במשקפי המגן לכל אורך הליך הטיפול.

בנוסף, חשוב לעצום עיניים במהלך הטיפול בכדי להגן על העיניים מחשיפת לייזר מקרית.

הנני מאשרת בזאת כי ניתנה לי אינפורמציה מלאה ובכללה הזדמנות לשאול שאלות על המצב שלי והטיפול, ההליך עצמו, והסיכונים והסכנות הכרוכות בו, וכי יש לי מידע מספק בכדי לתת הסכמה מודעת לטיפול. הנני מאשרת כי קראתי ואני מבינה היטב את תוכנו של מסמך זה.

סיפקתי את המידע המלא וההיסטוריה הרפואית המלאה לרופא המייעץ/מטפל	כן	לא
קיבלתי מידע מלא מהרופא המייעץ/מטפל לגבי תופעות לוואי אפשריות או סיבוכים אפשריים הכרוכים בטיפול שלי ובמצבי הרפואי.	כן	לא
אני נותנת בזאת את אישורי לביצוע הליך למיצוק הנרתיק / בריחת שתן (SUI) באמצעות לייזר CO2	כן	לא
אני חותמת על טופס הסכמה זה טרם הטיפול ומאשרת כי עצם חתימתי מהווה הסכמה לכל הכתוב במסמך	כן	לא

הנני מאשרת כי הנני בגירה, מעל גיל 18 ומוסמכת לחתום על מסמך זה וההליך עליו מדובר.

שם מלא מטופלת _____ שם הרופא _____

חתימה _____ חתימה _____

תאריך _____ תאריך _____

Consultation notes including price per treatment and signatures