



הסכמת מטופלת (לטיפול באמצעות FRAXIS DUO GynoLaser™)

אני _____ מצהירה שאני מסכימה ורוצה לעבור טיפול באמצעות GynoLaser FRAXIS DUO. טבעו של הטיפול ומטרתו הוסברו לי. ידוע לי שקיימות אפשרויות טיפול אחרות לטיפול בסוגיות הספציפיות שלי. אני מבינה שאפליקטור הלייזר הגינקולוגי, הפעיל והפרקציונלי FRAXIS DUO CO2 משמש להתערבויות גינקולוגיות רפואיות ואסתטיות, ושייתכנו תוצאות שונות בהתאם למצב העור, סוג העור, ואזור הטיפול. ידוע לי שכנראה אצדקק ליותר ממפגש טיפול יחיד (וייתכן שלסדרה של טיפולים) על מנת להשיג את התוצאה הרצויה עבורי.

יש לקחת לתשומת הלב את הנקודות הבאות:

- יש להרכיב משקפי מגן על העיניים בזמן הטיפול.
- באזורים שטופלו בלייזר תופיע אדמומיות אופיינית שמשקפת זרימת דם מוגברת בשל צמיחה של רקמה שטחית וקולגן. האדמומיות תיעלם בהדרגה בתוך כמה ימים מהטיפול.
- הטיפול ב-FRAXIS DUO גורם למידה מינימלית של נפיחות זמנית, אשר חולפת בדרך כלל בתוך 3-5 ימים.
- טיפול בלייזר CO2 גורם לפצע שטחי עד עמוק, אשר זקוק לכמה ימים על מנת להחלים. הטיפול עשוי לגרום לנפיחות, הפרשות, והיווצרות גלד באזור הפצע. לאחר ההחלמה, האזור עשוי להיות ורדרד ורגיש לשמש למשך שבועיים עד ארבעה שבועות נוספים.
- יש להימנע מקיום יחסי מין ומרחצה למשך 5-7 ימים לפחות. לאחר הטיפול ייתכן ותחווי תחושה שונה בעת מתן שתן, תחושת שריפה, או הפרשות מוגברות מהנרתיק בטווח הקצר.
- ידוע לי שאין באפשרות להבטיח שהטיפול שלי יצליח ושלא ניתנה לי הבטחה שכזאת במפורש או במרומז. ייתכן שהפגמים שלי יוותרו ואולי אף יוחמרו, וייתכן שהתוצאה לא תעמוד בציפיות שלי. ייתכן שהתוצאות המלאות של הפרוצדורה יתגלו רק 4-6 חודשים לאחר הטיפול האחרון בסדרה.
- אני יודעת שהטיפול לא ישפר את בריאותי הפיזית. הפרוצדורה הינה רפואית ואין להגדיר אותה כ"טיפול יופי".
- אני מסכימה שיצולמו תמונות לצורך התיק הרפואי שלי. התמונות יהיו בבעלות של התמונות עשויות לשמש למטרות לימוד, להרצאות או לפרסום בכתבי עת מדעיים. ייתכן שיעשה בהן גם שימוש על ידי בעלוני קידום מכירות או פרסום.

אני מצהירה כי ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות, ושקראתי והבנתי את מלוא התוכן של טופס ההסכמה. קיבלתי עותק של ההנחיות להכנה לטיפול ולאחרי הטיפול, ואני מסכימה לפעול לפיהן. אני מצהירה שאני בוגרת כשירה בגיל 18 ומעלה, או שאם אני קטינה מתחת לגיל 18, אני מבינה שגם הסכמת הורה/אפוטרופוס/אדם בעל משמורת חוקית נדרשת לפני הטיפול.

תאריך: _____
שם מלא: _____
חתימת המטופלת: _____
אפוטרופוס (לקטינות מתחת לגיל 18): _____
עד/ה: _____