

טופס היסטוריה רפואית והסכמה לטיפול ב- XERF

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

תאריך לידה: _____ מין: ☐ נקבה ☐ זכר

כתובת: _____ טל. נייד: _____

באילו אזורי גוף או מצבים תרצה/י לטפל? _____

אנא ענה/י על כל השאלות הבאות:

האם יש לך מחלות רפואיות נוכחיות או כרוניות? כן / לא

יש לציין היסטוריה של סרפדת חום (Heat Urticaria), סוכרת, הפרעות אוטואימוניות או דיכוי חיסוני, הפרעות בדם, סרטן, זיהומים חידקיים או ויראליים, מצבים רפואיים הפוגעים משמעותית בתגובת הריפוי, הפרעות רגישות לאור בעור, או כל מחלה אחרת.

פרט/י: _____

האם יש לך מצבי עור נוכחיים או כרוניים? כן / לא

יש לציין גם היסטוריה של ויטליגו, אקזמה, מלזמה, פסוריאזיס, דרמטיטיס אלרגית, מחלות המשפיעות על קולגן (כולל תסמונת EDS אהלרס-דנלוס), סקלרודרמה, סרטן העור או כל מצב עורי אחר.

טופס הסכמה לטיפול

אני מאשר/ת ומסמך/ת את _____ או איש צוות רפואי מוסמך מטעמם, להשתמש במכשיר LUTRONIC XERF לצורך ביצוע הליך הידוע בשם: _____.

טבע ההליך והשפעותיו, הסיכונים הכרוכים בו, וכן שיטות טיפול חלופיות הוסברו לי במלואם על ידי הרופא או הנציג המוסמך, ואני מבין/ה אותם. קיבלתי ייעוץ יסודי ומלא בנוגע להליך. אני מבין/ה שעיסוק ברפואה ובכירורגיה אינו מדע מדויק ולא הובטחו לי תוצאות.

אני מאשר/ת שלא ניתנו לי ערבויות על ידי איש בנוגע להליך/ים שביקשתי ואישרתי. אני מבין/ה שתופעות לוואי אפשריות עשויות לכלול, בין היתר: דימום, זיהום, הצטלקות, אי-סדירות במתאר העור, אסימטריה, כוויות, תגובה אלרגית וסיבוכים הקשורים לאלחש מקומי.

אני מבין/ה את החשיבות של ההנחיות לפני ואחרי הטיפול, וכי אי-ציות להנחיות אלו עלול להגדיל את הסיכוי לסיבוכים.

אני מסכים/ה לצילום האזור המטופל לפני ואחרי ההליך: כן / לא

אני מאשר/ת שקראתי את האמור לעיל, שההסברים שצוינו ניתנו לשביעות רצוני, ושאיני מבין/ה היטב את ההסברים הללו ואת המידע שלעיל.

תאריך _____ שם המטופל/ת _____ חתימת המטופל/ת _____

תאריך _____ שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____