

טופס הסכמה לטיפול ב- SPECTRA

מטרת טופס זה היא לספק לך את המידע הנדרש בכדי לקבל החלטה מושכלת באם לבצע או שלא לבצע את ההליך הטיפולי בלייזר SPECTRA. אם יש לך שאלות או שאינך מבין חלק מטופס הסכמה זה, אנא אל תהסס לשאול אותנו.

הריני מאשר בזאת ל _____ לבצע בי את טיפול הלייזר. אני מבין שההליך הוא אלקטיבי (מתוך בחירה) בלבד ובחרתי לקבל טיפול עבור:

- ☐ טיפול בקעקוע: _____ (אזור)
☐ טיפול בנגע פיגמנטציה: _____ (אזור)
☐ טיפול ב: _____ (אזור)

אני מבין את אופי מצבי, אופי ההליך, הטיפולים האלטרנטיביים הקיימים והיתרונות הצפויים בהשוואה לגישות אלטרנטיביות. אני מבין שתוצאות מיטביות מושגות רק בסדרה של טיפולים ושלא יהיה באפשרותי לראות תוצאות מיטביות לאחר טיפול אחד בלבד. הוסבר לי במלואו הצורך בהשלמת תוכנית טיפול מלאה.

כפי שיש יתרונות להליך המוצע, אני מבין שהליך זה כרוך גם בסיכונים. אני מבין שסיכונים רציניים הם נדירים אך אפשריים. תופעות לוואי שכיחות כוללות אדמומיות זמנית ותופעות דמויות "כוויות שמש" קלות שעשויות להימשך בין מספר שעות ועד 3-4 ימים ומעלה. עשויים להופיע שינויים בפיגמנטציה (כתמים בהירים או כהים על העור) למשך 6-1 חודשים ומעלה. סיכונים פוטנציאליים נוספים כוללים גירוד, כאב, חבורות, שלפוחיות, אדמומיות ונפיחות. קיימת אפשרות נדירה להתפתחות צלקת באזור הטיפול. אור לייזר עלול לגרום נזק לעיניים וחובה להניח מגיני עיניים במהלך הטיפול.

אני נותן את הסכמתי לצילומים לצורך ביצוע הערכה של יעילות הטיפול, לצורכי לימוד והכשרה רפואית. לא ייעשה שימוש בתמונות החושפות את זהותי ללא מתן הסכמתי בכתב.

"הוראות של לפני ואחרי טיפול" נדונו יחד איתי. ההליך, וכן היתרונות והסיכונים הפוטנציאליים הכרוכים בו, הוסברו לי לשביעות רצוני. כל שאלותי נענו. מרצוני החופשי אני מסכים לטיפול המוצע. הנני לאשר כי אני בוגר כשיר בן 18 שנה ומעלה, או שבמקרה ואני קטין מתחת לגיל 18, אני מבין כי תידרש גם הסכמת הורי / אפוטרופוס / אדם בעל משמורת משפטית עלי, לפני קבלת הטיפול.

אני מודע/ת שהאולם הגדול (לא חדר הטיפולים) מצולמים במצלמות אבטחה.

תאריך	שם המטופל	חתימת המטופל
תאריך	שם הרופא	חתימת הרופא