

טופס ההסכמה מדעת שלהלן עבור פרוצדורת FemTouch™ AcuPulse® נועד להמחשה בלבד. לומניס מעודדת שינויים להתאמת הטופס לצרכים האישיים ולעמידה בדרישות תקנות החוק המקומי. כל ההיבטים הרפואיים, לרבות, אך לא רק, בדיקת התאמת החולים לקבלת טיפולים ב-FemTouch™, בחינת ההיסטוריה הרפואית של החולים ומשך המחלה, תדירותה ושיטת הטיפול בה, יהיו על פי שיקול דעתם הבלעדי ובאחריות אנשי המקצוע המטפלים. לומניס לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לדברים הבאים.

יש לקרוא כל אחד מהמשפטים הבאים ולחתום עליו בראשי תיבות. יש להשלים, להדגיש או להקיף את בחירתכם האישית בהתאמה.

ראשי תיבות

- הנני מסמיכה את ד"ר _____ לבצע בי טיפול CO₂ מקטעי במטרה לטפל בתסמינים הקשורים לבריאות הנרתיק לגיל המעבר להפסקת הווסת / אחר: _____
- אופי והשפעות ההליך, כמו גם שיטות טיפול חלופיות הוסברו לי והובנו על ידי במלואן.
- אני מבינה כי קיימת אפשרות לתופעות לוואי או סיבוכים. ידוע לי כי הקפדה על כל ההנחיות המפורטות תסייע בהפחתת אפשרות זו.
- אני מבינה את רשימת תופעות הלוואי קצרות-הטווח הבאות האפשריות לאחר הטיפול:
 - גירוד
 - אדמומיות
 - נפיחות
 - דלקת
 - רגישות
 - גירוי
 - צריבה בעת מתן שתן
 - כתמים
 - דימום נרתיקי קל
 - הפרשות נרתיקיות בצבע וורוד או חום
 - הפרשות נרתיקיות מימיות קלות עד שופעות
 - אי נוחות
- ההליך כמו גם יתרונות וסיכונים אפשריים הוסברו לי במלואם וכל השאלות שהיו לי בקשר לכך נענו.
- הנחיות טרום הטיפול ולאחריו נידונו עמי והנן ברורות לי לחלוטין.
- אני מבינה כי התוצאות עלולות להיות שונות מאדם לאדם ומכירה בכך שלא ניתן לחזות מה תהיה תגובתי לטיפול. היה ולא תובחן כל הקלה בתסמינים הקשורים לבריאות הנרתיק או שבתסמינים שלי לא יחול שיפור משביע רצון, אני מבינה כי ייתכן שיהיה חיוני או מתאים לחזור לטיפולים חלופיים.
- אני מסכימה לעבור יחד עם הרופא שלי על הרשימה שלהלן לבדיקת התאמה טרם-טיפול בלייזר ולספק נתונים מדויקים ועדכניים, ככל הידוע לי.

גיל:		תאריך בדיקת PAP smear אחרונה:
תחילת גיל המעבר:		
כן	לא	וסת בשנה האחרונה
כן	לא	תחושת גירוד וצריבה
כן	לא	אי נוחות הקשורה לרפיון הנרתיק
כן	לא	• ללא צניחת אברי האגן
כן	לא	• עם צניחת אברי האגן
<input type="checkbox"/>	POP-Q שלב 2 ≤	
<input type="checkbox"/>	POP-Q שלב 3 ≥	
כן	לא	הפחתה בנוזל סיכה נרתיקי
כן	לא	פעילה מינית
כן	לא	כאבים במהלך פעילות מינית
כן: תדירות?	לא	דימום במהלך פעילות מינית
כן: תדירות?	לא	דימום נרתיקי / רחמי לא אופייני
כן	לא	הפרשה נרתיקית סמיכה, לבנה או צהבהבה
כן	לא	ניתוח ברצפת אגן
כן: תוצאות?	לא	היסטוריה של טיפולי אסטרוגן
<input type="checkbox"/>	כן: במהלך... התעטשות/שיעול/צחוק	בריחת שתן כתוצאה מלחץ
<input type="checkbox"/>	פעילות גופנית/הרמת עצם כבד	
כן	לא	צריבה בעת מתן שתן
כן: מה? מתי?	לא	היסטוריה רפואית של סרטן
כן: מה? מתי?	לא	היסטוריה רפואית של זיהומים באבר המין
כן: מתי?	לא	היסטוריה רפואית של זיהום בדרכי השתן
		רשימת תרופות נוספות שהנך לוקחת בהווה

בחתימתי הנני מאשרת כי קראתי והבנתי כהלכה את תוכן טופס הסכמה מדעת זה, וכי נתתי מידע מדויק לגבי מצבי הבריאותי. הנני מסכימה בזאת מרצוני החופשי לביצוע פרוצדורת FemTouch® AcuPulse™.

שם המטופלת	חתימת המטופלת	תאריך
שם העד	חתימת העד	תאריך