

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT RENOVALASE™ lézeres kezeléshez

A RENOVALASE™ egy egyedülálló, innovatív lézerterápia a hüvelyszárazság kezelésére. Hatékony, biztonságos, gyors, műtéti metszéssel nem járó módszer, amely a lézer hőenergiájának segítségével elősegíti a hüvely szöveteinek megújulását, az ösztrogénhiány okozta hüvelynyálkahártya-sorvadás miatt kialakuló panaszok megszűnését. Kiválthatja a hosszú távú ösztrogénkezelést. Alternatívát jelenthet azoknak, akik a hormonkezeléstől elzárkóznak, illetve azoknak, akik nem alkalmazhatnak hormonkezelést, pl. ösztrogénfüggő méh- vagy emlőrákban szenvednek vagy szenvedtek.

A kezelés menete (2x)

A nőgyógyászati vizsgálatnál is alkalmazott testhelyzetben, steril hüvelyfeltáró eszköz bevezetését követően a hüvelyt teljes hosszában 360 fokos kezelőfejjel, majd a hüvelybemenet környékét lézerekkel mérsékelt és ellenőrzött módon melegítjük a szöveteket. Speciális előkészítés, altatás, érzéstelenítés, gyógyszerek alkalmazása, utókezelés nem szükséges. Igény esetén Lidocain-tartalmú zselé használható fájdalomcsillapítás céljából. Védőszemüveg használata kötelező.

A kezelést követő teendők

A kezelés után 1 hétig kerülendő a nemi élet, a meleg vizes fürdő és az uszodahasználat, 4 hétig az emelés, a megerőltető fizikai munka. A hüvelybemenet környékének átmeneti, enyhe duzzanata, kipirosodása, égő érzése néhány nap alatt megszűnik. A megjelölt időpontban ellenőrzés javasolt panaszmentesség esetén is, illetve akkor, ha átmeneti kipirosodáson, az érintett terület megduzzadásán kívül bármi egyéb szövődmény (lásd alább) jelentkezik. Második kezelés egy hónap elteltével javasolt.

Várható eredmény

A kezelés eredményeként az elvékonyodott hüvelynyálkahártya megvastagszik, vérellátása nagymértékben javul, így csökken a hüvelyszárazság, a viszketés, az irritáció és a szexuális együttlét alatt tapasztalható kellemetlen érzés, fájdalom.

Kezelés után 6 hónappal a páciensek 65%-a jelentős, további 22%-uk mérsékelt javulásról számol be: csökkent a hüvelyszárazság, az irritáció, az égő, viszkető érzés és a kellemetlenség vagy fájdalom szexuális együttlét során.

Lehetséges szövődmények

Szövődmények ritkán fordulnak elő, nem súlyosak és rövid időn belül megszűnnek.

Fájdalom a kezelés alatt: 1/10 esetben, 10-es skálán maximum 3-as erősségű.

Fájdalom a kezelés után: 1/20 esetben, maximum 1 hétig tart.

Felületes égés: 1/100 esetben fordult elő, 1 hét alatt gyógyult.

Bővebb folyás: 3/100 esetben, 4 napon belül elmúlik.

Pontszerű vérzések előfordulhatnak, ezek nagyon hamar elállnak.

Sürgető vizelési inger: 3/100 esetben, maximum 3 hétig áll fenn.

Túlérzékenységi reakció váratlanul jelentkezhet, mely sürgős orvosi ellátást tehet szükségessé.

Ellenjavallatok

Fényérzékenység, Daganat az érintett területen, Nemi szervi herpesz, Ismert sebgyógyulási zavar, Kezeletlen ill. szövődményes cukorbetegség, Bizonyos szív-, vérképző rendszeri és autoimmun betegségek, Nagyfokú elhízás, Láz, Véralvadásgátló, értágító, vaspótló kezelés, Isotretinoin szedése 6 hónapon belül, Gombás fertőzés kezelése szájon át szedendő készítménnyel 6 hónapon belül, Retin-A szedése 3 napon belül, Aranyterápia

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT RENOVALASE™ lézeres kezeléshez

Kezelő orvosommal pontosan megbeszéltem a tervezett kezelést, a reálisan elérhető célt, a tartóssággal szemben támasztható objektív igényt.

Alulírott /név nyomtatott betűvel/ _____ anyja neve: _____ jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten beleegyezem, hogy a nyilatkozatban foglalt, általam önként szolgáltatott személyes adataimat, az egészségügyi szolgáltató a kezeléssel összefüggésben, annak eredményessége érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és ideig teljeskörűen kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem szolgáltatok adatot, vagy a szolgáltatott adatok kezeléséhez nem járulok hozzá, úgy a szolgáltató jogosult, a kezelés/beavatkozás elvégzését megtagadni.

Beleegyezem, hogy a kezelésről készült /előtte-utána/ fényképeket marketing célra, felhasználják.

Ezennel kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást figyelmesen elolvastam és minden kérdésre az igazságnak megfelelően válaszoltam. Korábbi műtéteimre, betegségeimre, a kezelést akadályozó tényezőkre vonatkozó kérdésekre, legjobb tudásom szerint válaszoltam. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem a valóságnak megfelelően közlöm az adatokat, illetve az egyes kérdésekre nem a valóságnak megfelelően válaszolok, úgy az ebből eredő esetleges kárigényem vagy egyéb igényem kapcsán a szolgáltató felelősséggel nem tartozik, a felelősségét kizárja. Egyben kijelentem, hogy igényt e körben az egészségügyi szolgáltatóval szemben nem terjesztek elő.

A kezelő szakember tájékoztatott az eljárással kapcsolatos kérdéseimet illetően, valamint tájékoztatott az eljárás menetéről, a lehetséges mellékhatásokról, kockázatokról és a kezelést akadályozó tényezőkről, valamint felhívta a figyelmemet a kezelés várható tartósságára. Az előttem álló kezelés sikerének érdekében elvégzendő, megfelelő teendőkkel kapcsolatosan mindent megértettem további kérdésem a fenti kezeléssel kapcsolatosan nincs. A szükséges beavatkozás elvégzésébe teljes mértékben beleegyezem.

Kijelentem, hogy

- esetemben nem áll fenn a kezelés semmilyen ellenjavallata
- elfogadom a tervezett kezelés kockázatait és lehetséges mellékhatásait
- túlérzékenységi reakció esetén késedelem nélkül orvosi segítséget keresek.

PÁCIENS ALÁÍRÁSA

DÁTUM

KEZELŐ ORVOS NEVE

KEZELŐ ORVOS ALÁÍRÁSA