نام و نام خانوادگی: سن: شغل: وضعیت تاهل:

طریقه آشنایی با مطب: علت مراجعه: شماره تلفن همراه:

آدرس:

**فرم رضایت نامه لیزر**

شماره پرونده

تاریخ اولین جلسه

در صورت مصرف دارو آنها را ذکر نمایید:

آیا در دو سال اخیر از داروهای زیر استفاده کرده اید: ایزوترتینویین راکوتان ماینوکسیدیل

آیا بیماری های زیر را دارید؟ اختلالات هورمونی پریود نامنظم دیابت بیماری تیرویید سرطان

 ام اس حساسیت صرع سابقه تبخال وجود خال جدید و مشکوک یا تغییر رنگ خال پسوریازیس

فرم رضایت نامه لطفا مندرجات زیر را با دقت مطالعه نمایید

1) کاهش موهای ناخواسته توسط لیزر نیاز تکرار درمانی دارد. تعداد دفعات درمان برحسب افراد مختلف متفاوت است و تعیین میزان جلسات درمان مقدور نمی باشد.

2) هدف نهایی از درمان با لیزر کاهش محسوس موهای ضخیم منطقه مورد نظر درمان است. از بین بردن کامل و دائمی همه موها امکان پذیر نیست.

3) در افرادی با پوست حساس امکان قرمزی، کم رنگی و پررنگی وجود دارد که پس از مدتی از بین می رود.

4) به ندرت در بعضی افراد امکان عفونت سطحی ویا تاول وجود دارد که ممکن است اسکار ظریفی در بعضی نقاط به دنبال داشته باشد.

5) احساس ناراحتی و یا درد، قرمزی و تورم ممکن است رخ بدهد.

6) انواع پوست تیره با خطر بالاتر بروز عوارض ناشی همچون هیپوپیگمانتاسیون(کمرنگ شدن پوست) هایپرپیگمانتاسیون(تیره شدن پوست) بروز نتایج متغیر مواجه هستند.

افراد دارای شرایط زیر تحت درمان قرار نمیگیرند:

1) سابقه اسکار گذاری برجسته یا تشکیل کلویید 2) حاملگی و یا شیردهی 3) سابقه تشنج

4) برنزه کردن پوست و سولاریوم یا تماس شدید با افتاب در 4 هفته گذشته

کلیات

انرژی لیزر فولیکول های رنگی مو در مرحله رشد فعال را هدف قرار داده و تخریب می کند. در حالی که پوست روشن تر اطراف آن سالم باقی می ماند. از آنجا که فولیکول های مو هر یک در مراحل مختلف چرخه هستند نیاز به جلسات متعدد درمانی وجود دارد که می بایستی به فواصل 30 روزه انجام گردد و مراجعه کننده باید فواصل بین جلسات را رعایت کند. لیزر موهای سفید تاثیر ندارد.

برای رفع موهای زائد بسته به پاسخ دهی بیمار و ناحیه مورد نظر ممکن است 8 تا 12 جلسه مورد نیاز باشد.

عموما 80 درصد موها پس از تکمیل درمان از بین می رود و هر 6 ماه احتیاج به تمدید دارد.

نتایج فردی متغیر بوده و از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

اینجانب فرزند به شماره ملی متولد

با توضیحات پزشکان و توضیحات کادر معالج از عوارض احتمالی مربوط به انجام امور لیزر که اهم عوارض شایع آن عبارت است از تیرگی موقت پوست، بروز تاول و ایجاد زخم و غیره که به صورت بسیار نادر ایجاد میشود به خوبی مطلع شدم و در این خصوص با رضایت و آگاهی کامل درخواست خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمانی با رعایت موازین فنی و علمی اعلام میدارم.

ضمنا لازم به ذکر است پزشک و کادر تشخیصی درمان را از هرگونه مسئولیتی ناشی از بروز عوارض احتمالی که علی رغم رعایت موازین فنی و علمی ممکن است در روند درمان پدید آید مبری نموده و هیچگونه ادایی اعم از کیفری یا حقوقی در این خصوص نخواهم داشت.

همچنین اعلام می نمایم در حفظ وسایل شخصی خود کوشا بوده و کلینیک هیچ مسئولیتی در قبال مفقود شدن آنها ندارد.

 تاریخ و امضا