

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESO DE ORGASMO EN CORTO / O TIRO
VAGINAL SUBMUCOSO / SUBURETRAL, CLITORAL, Y / O LABIAL INYECCIÓN
DE PLAQUETAS RICAS DE PLASMA Y ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA

A. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE TIRO / O SHOT DEL
ORGASMO.

He recibido información sobre mi condición, el tratamiento propuesto, las alternativas y los riesgos relacionados. Este formulario contiene un breve resumen de esta información. He recibido una explicación de los términos de unfamiliar y se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas. No he recibido ninguna promesa, garantía o garantía de que someterme al procedimiento Disparo / Disparo del Orgasmo logre un resultado particular. Entiendo completamente que los resultados individuales varían, y que el Dr.TANGCHITNOB, no asume ninguna responsabilidad por el fracaso para lograr un resultado deseado. Entiendo que puedo rechazar el consentimiento y DAR MI CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO al procedimiento propuesto y a los demás asuntos que se muestran a continuación. También doy mi consentimiento a la importancia de cualquier procedimiento adicional determinado en el curso de un procedimiento para estar en mi mejor interés y donde la demora pueda afectar mi salud.

1. Autoricé al Dr.TANGCHITNOB,

para tratar mi afección, incluso realizar un diagnóstico adicional y los procedimientos que se describen a continuación, y tomar las fotografías necesarias.

2. Entiendo que los procedimientos de Shot / O Shot de orgasmo propuesto son: un procedimiento para el rejuvenecimiento vaginal, labial y del clítoris, utilizando factores de crecimiento derivados de la sangre (matriz de fibrina rica en plaquetas (PRFM), plasma rico en plaquetas (PRP)) inyecciones

3. Entiendo que el riesgo asociado con los procedimientos propuestos es:

Sangría

Infecciones

Retención urinaria

Sin efecto en absoluto

Reacciones alérgicas

Conocimiento constante del punto G

Una sensación de estar siempre excitado sexualmente

Preocupación mental del punto G

Alteración de la función del punto G
Alteración de la función sexual
Hematoma
Lesión uretral (tubo por el que orina)
Retención urinaria
Hematuria (sangre en la orina)
UTI (infección del tracto urinario)
Urgencia urinaria (sienta que siempre tiene que orinar)
Frecuencia de Urinary
Aumento / empeoramiento de la nicturia (despertarse varias veces durante la noche para orinar)

Fístula vaginal uretral (agujero entre la uretra y la vagina)
Fístula Vesico-vaginal (entre la vejiga y la vagina)
Dispareunia (coito doloroso)
Necesidad de una cirugía posterior
Formación de cicatriz (vaginal)
Estenosis uretral (estrechamiento anormal de la uretra)
Infarto y necrosis de tejido local
Las infecciones por hongos
Descargas vaginales
Manchado entre períodos
Dolores de vejiga
Vejiga hiperactiva (VH)
Plenitud de vejiga
Material expuesto
Dolores pélvicos
Pesadez pélvica
Erosiones
Fatiga

Daño a órganos cercanos como vejiga, uretra y uretra y uréteres
Alteración de la dinámica de la vejiga
Dolor postoperatorio
Dolor prolongado
Dolor intratable
Alteración del ciclo de respuesta sexual femenina
Procedimiento fallido
Resultados variados

Alteraciones psicológicas
Problemas de pareja
Alteración de la vida sexual
Disminución de la función sexual
Posible hospitalización para el tratamiento de complicaciones

Toxicidad de lidocaína
Reacción de anestesia
Embolia
Depresión
Reacciones a medicamentos incluyendo anafilaxia
Daño en el nervio
entumecimiento permanente
Curación lenta
Disfunción sexual
Alergia
Formación nódulo

4. También entiendo que puede haber otros RIESGOS O COMPLICACIONES. O LESIONES GRAVES por causas conocidas y desconocidas. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los riesgos del procedimiento.

5. Entiendo que el uso de PRP en este procedimiento es un uso "fuera de la etiqueta", y no se realiza ninguna promesa o declaración, garantía o garantía con respecto a su uso, beneficio u otra calidad. No se realizan representaciones de que el uso de este producto y este procedimiento esté aprobado por la FDA o por cualquier otra agencia del gobierno federal o estatal. Entiendo que las alternativas a los procedimientos propuestos y los riesgos relacionados sean: no hacer nada.

CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA

cuando el médico usa anestesia local y / o sedación:

Doy mi consentimiento para que se administren los anestésicos locales que el médico a cargo de mi atención considere necesarios. Entiendo que los riesgos de la anestesia local incluyen: malestar local, hinchazón, hematomas, reacción alérgica a los medicamentos y convulsiones de la lidocaína.

B. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Al firmar a continuación, declaro que tengo 18 años de edad o más, o de lo contrario, estoy autorizado para dar mi consentimiento. He leído o he explicado el contenido de este formulario. Entiendo la información en este formulario y doy mi consentimiento a lo que se describe arriba y a lo que se me ha explicado.

SIGNATURE OF PATIENT and DATE

C. ATESTACIÓN DEL MÉDICO

He explicado el (los) procedimiento (s), la (s) alternativa (s) y los riesgos a la persona o personas cuya firma está colocada arriba. El paciente me ha comunicado verbalmente que entiende el contenido de esta forma.

FIRMA DEL MÉDICO O DESIGNADO OBTENIENDO CONSENTIMIENTO y
FECHA

D. ATENCIÓN AL INTÉRPRETE (cuando corresponda)

He proporcionado traducción a la (s) persona (s) cuya (s) firma (s) son afijos anteriores.

FIRMA DEL INTÉRPRETE y FECHA

E. ATESTACIÓN DEL TESTIGO

He sido testigo de que el médico o la persona designada anteriormente explican el (los) procedimiento (s), la (s) alternativa (s) y los riesgos para la persona o personas cuya firma se fijó anteriormente. He sido testigo de que el paciente mencionado anteriormente comunicó verbalmente al médico o persona designada anterior que entiende la información y el consentimiento de este formulario.

FIRMA DE TESTIGO y FECHA