

טופס הסכמה להזרקת חומר מילוי מסוג חומצה היאלורונית

שם: _____ משפחה _____ ת.ז. _____

אני החתומה/מטה, מבקשת/ לטפל בי על ידי הזרקת חומצה היאלורונית
לאזור: _____

הנני מצהיר/ה בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקוות, הסיכונים הקיימים ודרכי הטיפול החלופיות
האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מההליכים.

ידוע לי, כי חומצה היאלורונית נמצאת בשימוש קליני מזה מספר שנים אחדות, והיות והיא מתפרקת, לא צפויות ולא
ידועות השלכותיה לטווח הרחוק.

ידוע לי, כי החומר ייוותר באזור המוזרק במשך כשנה, אולם היות והתגובות אצל אנשים שונים, הן שונות הרי פרק
הזמן הזה משתנה מאדם אחד למשנהו, ואף באותו מטופל, התגובה שונה בזמנים שונים.

הנני מסכים/מה לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול הרופא.

הנני מצהיר/ה שהוסבר לי, ואני מבינה/ה שהרפואה אינה מדע מדוייק ולא ניתן לצפות באופן מדוייק את התוצאה הסופית
של ההזרקה. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות העור שלהם התגובה להזרקה עלולה
להיות שונה מאדם לאדם. תגובה שונה אצל אנשים שונים עלולה להיות גם כתוצאה מלקיחת תרופות שונות. היות
ומדובר כאן בגורמים שונים שאין למנתח שליטה מלאה עליהם התוצאות יכולות להיות שונות באנשים שונים. לכן אני
מבין/ה שלא ניתן לצפות בוודאות גם את תגובתי להזרקה.

ידוע לי, כי ההזרקה יכולה לגרום לסיבוכים ותופעות לוואי בלתי רצויות כגון: זיהומים, שטפי דם, דימום במקום
ההזרקה, נפיחות, כאבים וכדו'. הסיבוכים העיקריים שיכולים להיגרם מהזרקה זו הינם: אסימטריה, אי השגת התוצאה
המקווה, יצירת גושים, דימום, היפרפיגמנטציה וזיהום.

אני מבין/ה שעלולים להיות גם סיבוכים ותופעות לוואי נדירים יותר אשר בדרך כלל לא מתרחשים, ועל כן לא ביקשתי
הסבר על תופעות אלה. אני מבין/ה שלא ניתן להעריך במדוייק את הכמות המיטבית להזרקה, וזו תעשה בהתאם
לשיקול הרופא המבצע, בתאום עם המטופל.

ידוע לי כי כל תוספת של חומר, כרוכה בתשלום נוסף.

אני מסכים/ לצילום תמונות של פני או חלקי גוף אחרים לפני ואחרי הטיפול כמקובל בכירורגיה פלסטית וידוע לי שיעשה
בהם שימוש לצרכים מדעיים, לתעוד ולמעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדוייק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא
רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום
סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שייגרם בקשר לטיפול כמו
אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף
לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל לביצוע הפעולה הנ"ל.

תאריך: _____ שעה: _____ שם ושם משפחה _____ חתימה _____

אני מאשר/ת כי הסברתי לחולה את כל האמור לעיל בפרט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי
כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך: _____ שעה: _____ שם הרופא: _____ חתימה: _____

טופס הסכמה: הזרקת בוטוקס – BOTOX

טיפול זה מיועד לשפר את המראה של קמטי הבעה מסוימים בפנים ופועל ע"י החלשה של שרירים מסוימים מיועד בעיקר לשימוש בחלק העליון של הפנים. לעיתים, טיפול זה מבוצע כדי לאזן את מראה הפנים אחר אירוע של שיתוק חד צדדי של עצב הפנים, ולעיתים, כדי להחליש שרירים המתכווצים באופן בלתי רצוני, כמו גן לעיתים לשפור כאבי ראש.

שם המטופל/ת: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה בזה שקיבלתי הסבר מפורט על הזרקת בוטוליניום טוקסין A כטיפול קוסמטי רפואי בקמטים באזורים

על התוצאות המקוות, על הסיכונים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה.

הוסבר לי בע"פ ובכתב כי הזרקת בוטוליניום לשרירי העפעפיים והמצח עלולה לגרום לדמום מקומי באזור ההזרקה, שטף דם תתעורי, וכן לכאב או לתחושת "שריפה" מקומית וחולפת. כמו כן, הוסבר לי כי בעקבות הזרקת הבוטוליניום עלולה להתפתח חולשה מקומית באזור ההזרקה ובשל כך לצניחת עפעפיים. פגיעה חולפת זו, עשויה להימשך עד מספר חודשים.

הובהר לי שלעיתים, לאחר הזרקת הבוטוליניום, עלולה להופיע תחושת מחלה כשפעת, חולשה, כאבי ראש, ואף חום הנמשכים ימים ספורים. במקרים נדירים ביותר דווח על חולשה גם באזורים מרוחקים מאזור ההזרקה, כמו הפרעת בליעה או חולשה בגפיים.

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך ההזרקה או זמן קצר אחריה אחוש ברע כתגובה למתח וחרדה הקשורים בפעולה עצמה. הוסבר לי במידה וידוע לי על מחלות לב או מצב בו התרגשות יתר עלולה לפגוע בבריאותי, יש לדווח על כך לפני ביצוע ההזרקה.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה לאחר ששוכנעתי כי הסברי הובנו במלואם.

תאריך: _____ שעה: _____ שם הרופא: _____ חתימה: _____