



טופס הסכמה: הזרקת חומרי מילוי זמניים וסמי-זמניים כטיפול קוסמטי בקמטים ובפגמים בפנים ובצוואר

מטרת הטיפול הקוסמטי של הזרקת חומרי מילוי לא קבועים לעור ולרקמות הרכות מתחתיו, היא ליישר מגוון רחב של קמטים להעלים פגמים ברקמות הרכות בפנים ובצוואר, להגדיל השפתיים, למלא את הלחיים, לשנות את מבנה הסנטר, ועוד. ההזרקה נעשית במרפאה עם ו/או ללא חומרי אלחוש, על פי רצון המטופל ושיקול דעתו של הרופא.

החומר המוזרק מורכב לרוב מחומצות היאלורוניות במים, ונספג באיטיות עד להיעלמותו, כעבור חצי שנה עד שנה וחצי מיום ההזרקה. זמן התכלותו תלוי ברקמות העור של המטופל. החומר המוזרק אושר לשימוש על ידי משרד הבריאות.

שם המטופל/ת: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הזרקת חומר מילוי מסוג _____ לאזור/ים _____

(להלן: "הטיפול העיקרי"). _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מדרכים אלה. הוסבר לי והבנתי כי לא ניתן להבטיח לי באופן מוחלט את תוצאות הטיפול. הבנתי כי חומרי המילוי נמצאים בשימוש מספר שנים בלבד, ולכן לא ידועות השלכותיהם בטווח הרחוק.

הוסבר לי והבנתי כי התוצאות הסופיות של הטיפול העיקרי תלויות, בין השאר, בנתונים פיזיולוגיים של העור, השונים ממטופל אחד לאחר, ואין לרופא השפעה עליהם. הוסבר לי והבנתי שהתוצאה שתתקבל מן הטיפול העיקרי אינה לצמיתות, נוכח ספיגת חומר המילוי.

הוסבר לי שבמהלך ההזדקנות הטבעית של העור עלולים להיווצר קמטים ו/או פגמים חדשים באזור ההזרקה או באזור קרוב אליו. הוסבר לי והבנתי שניתן להזריק כמויות נוספות של חומר מילוי כטיפול בקמטים ו/או בפגמים החדשים שיווצרו, כמו גם בקמטים הישנים שיחזרו עם ספיגת החומר.

הוסבר לי תופעות הלוואי העיקריות של הטיפול העיקרי לרבות: כאב זמני באזור ההזרקה, נפיחות זמנית, אודם מקומי זמני, התקשות מקומית זמנית, ושטפי דם תת עוריים שייספגו תוך שבוע עד 10 ימים מיום ההזרקה. כמו כן הוסבר לי הסיכונים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, אסימטריה בפנים או בצוואר, היווצרות גושים, תופעות שניתן לתקן בדרך כלל על ידי הזרקות נוספות של החומר, וכן שינוי קבוע בגוון העור וצלקות, התלויות בתהליך הריפוי האישי של עור הפנים והצוואר. הובהרה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, הרגלי עישון, וטיפולים אסתטיים שקיבלתי בעבר, לרבות הזרקות של חומרי מילוי לאזור המיועד לטיפול, העלולים לפגום בהצלחת הטיפול. כמו כן הובהרה לי חשיבות ביצוע ההוראות שאקבל מהצוות ומן הרופא להצלחת הטיפול.



אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מסכים/ה בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או שימוש במשחת אלחוש על פי שיקול דעתו של הרופא, לאחר שהוסבר לי והבנתי את הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות רגישות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והאפשרות הנדירה מאוד של פגיעה עצבית באזור זריקת חומר ההרדמה המקומית, לרבות שינויים בתחושה ובתנועה במקום זה.

הסכמתי ניתנת/לא ניתנת* בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה ושל אזור הטיפול לפני ואחרי ההזרקה. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפניי, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------