

טופס הסכמה להזרקת חומר מילוי

מסוג פרלן/רסטילן/רסטילן ויטל/רסטילן – Q-MED esthetics Restalyne sub Q

שם: _____ משפחה _____ ת.ז. _____

אני החתומה/מטה, מבקשת/ לטפל בי על ידי הזרקת חומר מילוי ממשפחת Q-Med esthetics, לאזור: _____ מסוג: _____

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

ידוע לי, כי החומר Q-Med esthetics נמצא בשימוש קליני מזה מספר שנים אחדות, והיות שהוא מתפרק, לא צפויות ולא ידועות השלכותיו לטווח הרחוק. נאמר לי, כי החומר אושר להזרקת ברקמות רכות ע"י משרד הבריאות, וקיבל את אישור ה-FDA בארה"ב.

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 מצהיר/ה שהוסבר לי, ואני מבינה/ה שהרפואה אינה מדע מדויק ולא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של ההזרקה. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות העור שלהם התגובה להזרקת עלולה להיות שונה מאדם לאדם. תגובה שונה אצל אנשים שונים עלולה להיות גם כתוצאה מלקיחת תרופות שונות.

ידוע לי, כי ההזרקת יכולה לגרום לסיכונים ותופעות לוואי בלתי רצויות כגון: זיהומים, שטפי דם, דימום במקום ההזרקת, נפיחות, כאבים וכדו'. הסיכונים העיקריים שיכולים להיגרם מהזרקת זו הינם: אסימטריה, אי השגת התוצאה המקווה, יצירת גושים, דימום, היפרפיגמנטציה וזיהום. נדיר שתופעה תגובות אחרות מאלה שהוזכרו לעיל, אך, אצל 1 ל-2000 מטופלים הופיעו תגובות אלרגיות מקומיות, שבאו לידי ביטוי בנפיקות סביב אזור ההזרקת. אדמומיות ותופעות הדומות לאקנה דווחו גם כן. תופעות אלה יכולות להופיע מספר ימים לאחר ההזרקת או לאחר 2-4 שבועות ויכולות להימשך כשבועיים ימים.

כמו-כן, ידע אותי הרופא המטפל, כי בכפוף לאזור המטופל, סוג העור וטכניקת ההזרקת, התוצאה של הטיפול במוצרי Q-Med esthetics נשמרת לתקופה שבין 6 ל-12 חודשים (שפתיים ל-6 חודשים בקירוב), אך במקרים מסוימים, ההשפעה והתוצאה נשמרים לזמן קצר או ארוך יותר.

ידוע לי ומובן לי אשר במקרים נדירים תתכן הופעה של גבשושיות באזור ההזרקת אשר ברוב המקרים נעלמים באופן הדרגתי. מעקב אצל הרופא המטפל יכול לשמור על הרמה הרצויה של התיקון. ענתי על שאלות בנוגע למצב בריאותי ולהיסטוריה הרפואית שלי למיטב ידיעתי. בנוסף קיבלתי הוראות "כיצד להתנהג לאחר הטיפול".

אני מבין/ה שלא ניתן להעריך במדויק את הכמות המיטבית להזרקת, וזו תעשה בהתאם לשיקול הרופא המבצע, בתאום עם המטופל. ידוע לי כי כל תוספת של חומר, כרוכה בתשלום נוסף ואין בטיפול התחייבות לתוצאה או כמות חומר וכל תוספת של מזרק לצורך השגת תוצאה לשביעות רצון המטופל כרוכה בתוספת תשלום.

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. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר כמפורט מד"ר שופאני עזיז.

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/ הוא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה