



PROF. JEFFRY KASHUK

GENERAL SURGERY  
AESTHETIC MEDICINE

## טופס הסכמה – הזרקת בוטוקס לטיפול בפיסורה

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופסור יוסף קשוק על טיפול מסוג: הזרקת בוטוליניום טוקסין לטיפול בפיסורה (להלן: "הטיפול העיקרי") אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט כי אין כל בטחון מוחלט שהטיפול יצליח לפתור את הבעיה ולעיתים יהיה צורך בטיפולים נוספים. כמו כן הוסבר לי החלופות הטיפוליות יתרון, חסרונן והתאמתן למצבי. הובהר לי כי הסיבה העיקרית לכך שהמטופלים בוחרים לעשות שימוש בהזרקת בוטוקס היא לשם הימנעות מהסיכון הידוע לפגיעה בסוגר פי הטבעת למי שעובר ניתוח (כריתה חלקית של שריר פי הטבעת) שהוא הטיפול המומלץ והנפוץ ביותר אצל מנתחים בישראל ו/או להישנות סדקים אשר עשויים להתקיים במקרה של ניתוח.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים ותופעות הלוואי לאחר הטיפול הכוללות: דימום ו/או זיהום במקום החדרת המחט, נפיחות של טחורים, באזור ההזרקה וכן כאבים חזקים במהלך ביצוע ההכנה לבדיקה הראשונית ובמקרים נדירים של מורסה/ אבסס אלו ידרשו ניקוז. כמו כן קיים הובהר לי כי סיכון של פגיעה בסוגרי פי הטבעת אשר עשויה להתבטא באי שליטה על פליטת גזים והכתמת התחתונים בריר / צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים ואולם מתוך הספרות הרפואית והניסיון שהצטבר אצלנו בטיפולים מסוג זה כמעט ואינו קיים. רוב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי חיזוק של שרירי פי הטבעת ורצפת האגן.

על המטופל להסכים לבצע בדיוק את כל הטיפולים הביתיים שניתנו לו בסוף הטיפול, כדי להבטיח תוצאות מיטביות. הוראות אלו כוללים הימנעות קפדנית מעצירות ושימוש במשחות שנקבעו וכולל עיסוי עצמי/הרחבה של פי הטבעת. מטופלים נדירים שאינם מגיבים לביקור אחד של הזרקת בוטוקס עשויים להזדקק לזריקה נוספת או הזרקה ולהרחבת פי הטבעת בהרדמה כללית קצרה (5 דקות) לשם החלמה מלאה.

עוד מובהר למטופל כי ככל שיהיה כאב ממושך ללא שיפור לאחר הטיפול נדרש המטופל ליצור **קשר מייד** עם הרופא המטפל לקבלת הנחיות לגבי המשך הטיפול.

אני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שיתגלו בבדיקה בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הטיפול בשל הכאבים בפי הטבעת לכן אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא המטפל יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול ו/או לטיפול המשך.

חתימת החולה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

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

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

לקביעת תורים

03-732-6770  
053-933-8701

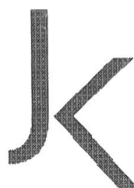
JKASHUK-AESTHETICS.COM

ירושלים

המרכז הרפואי קניון מלחה,  
שער נרקיס קומה 4

תל אביב

הברזל 11, קומה 6  
סוויטה 5A



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

## שאלון רפואי לפני יעוץ או טיפול פיסורה אנאלי

שם מלא: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ ניד: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_

האם עברת בעבר ניתוח פיסורה?      כן / לא  
האם עברת בעבר טיפול פיסורה?      כן / לא  
האם עברת בעבר ניתוח בריאטרי?      כן / לא  
האם את/ה נוטל תרופות באופן קבוע?      כן / לא      פרט: \_\_\_\_\_  
האם את/ה חולה במחלה/ות כרונית?      כן / לא      פרט: \_\_\_\_\_  
האם את/ה סובלת/ת מאלרגיות?      כן / לא      פרט: \_\_\_\_\_

### הסכמת המטופל/ת:

בחתימתי הנני מצהיר/ה כי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה מולאו על ידי והינם נכונים

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

### בדיקה רופא:

דרגת פיסורה: \_\_\_\_\_ מקום: \_\_\_\_\_  
טונוס: \_\_\_\_\_ טחורים: \_\_\_\_\_  
פיסטולה: \_\_\_\_\_

### בדיקה אחות:

לחץ דם: \_\_\_\_\_ סטוראטיון: \_\_\_\_\_ דופק: \_\_\_\_\_