



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

**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 מצהירה/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 מהליכים.

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 מצהירה/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 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 מבינה/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 מבינה/ה שעלולים להיות גם סיבוכים ותופעות לוואי נדירים יותר אשר בדרך כלל לא מתרחשים, ועל כן לא ביקשתי הסבר על תופעות אלה. אני מבינה/ה שלא ניתן להעריך במדויק 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/ה לצילום תמונות של פני או חלקי גוף אחרים לפני ואחרי הטיפול כמקובל בכירורגיה פלסטית וידוע לי שיעשה בהם שימוש לצרכים מדעיים, לתיעוד ולמעקב.

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.

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 בפרוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_