



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

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 לשמוש 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 תעורי, 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 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.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל/ת _____

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: _____