



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 נוסף/ים. כמו כן הוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרונן, 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, הוסברו 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 מיידי** 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