

טופס הסכמה להזרקת בוטוליניום טוקסין

Botulinum Toxin (Botox) injection

הזרקת רעלן הבוטוליניום בכמויות קטנות לשרירי הבעה בפנים, גורמת להחלשת שרירים אלו ומיועדת בעיקר לשימוש בחלק העליון של הפנים אך גם לשליש המרכזי (אף, שפתיים) ותחתון (סנטר, קו לסת, צוואר). על ידי החלשת אותם שרירי הבעה ניתן להשיג שיפור במראה הקמטים הנוצרים מתנועת השרירים ולעיתים אף שיפור בקמטים המופיעים במנוחה.

במרבית המקרים ניתן לראות שיפור לאחר שבוע ועד שבועיים מיום ההזרקה. חזרת פעילות השרירים ועמם הקמטים צפויה תוך כ-3-6 חודשים. הזרקות חוזרות עשויות להאריך את השפעת החומר לפרקי זמן ממושכים יותר ולשפר קמטים עמוקים יותר. הטיפול מתבצע ללא הרדמה.

אני מצהיר/ה בזה שקיבלתי הסבר מפורט על הזרקת בוטוליניום טוקסין A כטיפול קוסמטי רפואי בקמטים באזורים מד"ר

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ידוע לי שהרופא המטפל הינו רופא שיניים בהתמחותו.

הוסברו לי ואני מבין/ה את דרכי הטיפולים החלופיים האפשריים בנסיבות המקרה פילינג לסוגיו, הזרקת חומרי מילוי, כירורגיה פלסטית לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחד מהתהליכים.

הוסבר לי כי הזרקת בוטוליניום טוקסין לשרירי העפעפיים והמצח עלולה לגרום לדימום מקומי באזור ההזרקה, שטף דם תת עורי, זיהום מקומי וכן כאב או תחושת "שריפה" מקומית וחולפת. כמו כן, הוסבר לי כי בעקבות הזרקת הבוטוליניום עלולה להתפתח חולשה מקומית באזור ההזרקה ובשל כך צניחת עפעפיים, גבות, כפל ראייה או טשטוש ראייה. פגיעה חולפת זו, עשויה להימשך עד מספר חודשים.

הוסבר לי כי הזרקת בוטוליניום טוקסין לשפתיים ולסנטר עלולה לגרום לדימום מקומי באזור ההזרקה, שטף דם תת עורי, זיהום מקומי וכן כאב או תחושת "שריפה" מקומית וחולפת, עיוות זמני במראה הפנים והצוואר עקב חולשת שרירים לא סימטרית. כמו כן, הוסבר לי כי בעקבות הזרקת הבוטוליניום באזור השפתיים והסנטר עלולה להתפתח חולשה מקומית הגורמת לעיוות ואסימטריה של השפתיים, קושי באכילה ובבליעה לתקופה זמנית. ישנו סיכון נדיר לזיהומים באזור בלוטות הלימפה או בלוטת התריס בצוואר, דלקות ונפיחות מקומית העלולות להצריך טיפול אנטיביוטי.

הובהר לי כי קיימת סבירות נמוכה אך ממשית להשפעות אלה, וכי יש לשקול בכובד ראש האם התועלת האסתטית שווה את הסיכון.

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.

ידוע לי שהטיפול בנשים הרות או מניקות אסור.

הוסבר לי כי רפואה אסתטית אינה מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. הרופא מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך 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.

מובן לי כי באחריותי ליידע את הרופא המטפל על התפתחות כל אחת מהתופעות המוזכרות לעיל (או תופעות אחרות) על מנת לקבל טיפול מתאים.

הוסבר לי כי לא ניתן להבטיח שביעות רצון מלאה מהטיפול בשל שונות בציפיות כל מטופל/ת ושונות בתגובה לטיפול.

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.

הסכמתי ניתנת לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה ושל קמטי הפנים לפני ואחרי הטיפולים. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו לתיעוד קליני ומעקב.

הסכמתי ניתנת/ לא ניתנת בזאת לפרסום התמונות במדיה החברתית.

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ חתימה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה לאחר ששוכנעתי כי הסברי הובנו במלואם.

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימה: _____