

טופס הסכמה מדעת בעבור הזרקת קומפלקס סל-בוסטר

מסמך זה מוצג בפני מר/גברת

:

שם משפחה
טלפון נייד
תאריך לידה
שם פרטי

CELLOBOOSTER השימוש, התוויות הנגד ותופעות הלוואי הבלתי רצויות האפשריות של הזרקת קומפלקס הוסברו לי. כמו כן נמסר לי שהתכשירים שבשימוש מזרקים לתוך העור. התאפשר לי לשאול את כל השאלות שרציתי ונמסרו לי תשובות משביעות רצון.

דוקטור מסר/ה לי את כל המידע על התוצאות המצופות והסביר/ה לי לגבי תבחיני פסילה או אי כגון: מחלות זיהומיות חריפות, מחלות אוטו-אימוניות ואלרגיות; תגובה אלרגית, (Exclusion Criteria) (הכללה או רגישות יתר מוכרת למרכיבי התכשיר; דליות באזור הטיפול; נטייה לפתח הצטלקות יתר) (קלואיד) וצלקות היפרטרופיות; שתלים קבועים; או זמניים באזור הטיפול באזורים עם תהליכים CELLOBOOSTER-נטילת תרופות מונעות קרישיות, היריון או הנקה. אין להשתמש ב דלקתיים או זיהומיים) (אקנה, ב-זמנית עם טיפולי לייזר, פילינג כימי עמוק או דרמברציה CELLOBOOSTER-הרפס וכדומה). אין להשתמש ב ייתכנו תופעות לוואי, כגון: עקצוץ, אדמומיות ודלקת מקומית קלה CELLOBOOSTER נמסר לי שאחרי הזרקת (אשר אמורה להעלם אחרי עד 48 שעות), בצקת קלה והמטומות) שטפי דם פנימיים מקומיים (קטנות, אשר אמורות להיעלם אחרי 24 48 שעות. יש ליידע את הרופא בהקדם האפשרי לגבי כל תגובה דלקתית הנמשכת מעבר לשבוע ימים או כל הופעה של תופעת לוואי אחרת כלשהי עניתי בפתיחות על כל השאלות שנשאלתי לגבי ההיסטוריה הרפואית שלי, כגון: מחלות; אלרגיות לתרופות, לאלחוש מקומי, למזון, לתכשירים קוסמטיים; וכן לגבי טיפולים אסתטיים קודמים קראתי והבנתי את המלצות הטיפול לאחר ההזרקה ואתחייב לפעול על פיהן. אני מסכים/ה לכך שהרופא שלי ישתמש בתמונות של לפני" ו"אחרי" הטיפול שלי"

חתימת המטופל
חתימת הרופא/ה
תאריך ההליך
* מס' סידורי של CELLOBOOSTER
שם המטופל
שם הרופא/ה