

## טופס הסכמה להזרקת חומר מילוי מסוג חומצה היאלורונית

### Injections Fillers Dermal Soluble

הזרקת חומרי מילוי מסוג חומצה היאלורונית למילוי קמטים מיועדת לטיפול בקמטים אשר אינם נגרמים מפעילות שרירי ההבעה, תיקון אסימטריה והבלטה של אזורים מסוימים בפנים. החומר המוזרק נספג עד להיעלמותו תוך 8 עד 18 חודשים.

אני החתומה/מטה, מבקשת/לטפל בי על ידי הזרקת חומצה היאלורונית לאזור \_\_\_\_\_.

הנני מצהיר/ה בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בע"פ על ידי ד"ר \_\_\_\_\_ על התוצאות המקוות, הסיכונים הקיימים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מההליכים.

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

ידוע לי, כי חומצה היאלורונית נמצאת בשימוש קליני מזה מספר שנים אהדות, והיות והיא מתפרקת וניתנת להמסה, לא צפויות 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/ה לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול הרופא ובהסכמת המטופל/ת.

ידוע לי, כי ההזרקה יכולה לגרום לסיבוכים ותופעות לוואי בלתי רצויות כגון: כאב ואי נוחות באזור ההזרקה, נפיחות ואודם מקומי, זיהום, שטפי דם, דימום במקום ההזרקה. הסיבוכים העיקריים שיכולים להיגרם מהזרקה זו הינם: א- סימטריה, אי השגת התוצאה המקווה, יצירת גושים, דימום, היפרפיגמנטציה וזיהום. תופעות אלו חולפות בדרך כלל תוך פרק זמן קצר של ימים עד שבוע אך לעיתים עשויות להצריך התערבות רפואית.

אני מבין/ה שעלולים להיות גם סיבוכים ותופעות לוואי נדירים יותר אשר בדרך כלל לא מתרחשים הכוללים נמק באזור המוזרק ובאזורים מרוחקים יותר, רגישות לחומרי מילוי הכוללת גרד, פריחה, נפיחות ועד הופעת קוצר נשימה, סימפטומים דמויי אסתמה ועילפון. מובן לי כי באחריותי לידע את הרופא המטפל על התפתחות כל אחת מהתופעות המוזכרות לעיל (או תופעות אחרות) על מנת לקבל טיפול מתאים.

אני מבין/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.

הסכמתי ניתנת לביצוע צילומים (במצלמה) של אזורי ההזרקה לפני ואחרי הטיפול. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו לתיעוד קליני ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה אסתטית אינה מדע מדויק, ולא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של ההזרקה. היות ובני אדם אינם זהים התגובה להזרקה עשויה להיות שונה מאדם לאדם. היות ומדובר בגורמים שונים שאין לרופא שליטה מלאה עליהם התוצאות יכולות להיות שונות באנשים שונים. לכן אני מבין/ה שלא ניתן לצפות בוודאות גם את תגובתי להזרקה.

כמו כן, אני מבין/ה כי 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 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 \_\_\_\_\_ שם ושם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_