

## טופס הסכמה להזרקה להזרקה חומר מילוי זמני/נספג חומצה היאלורונית מסוג Cytosial

מטופל/ת יקר/ה, יש לקרוא טופס זה בעיון רב, טרם כניסתך לפגישה עם הרופא, פגישה בה יסביר לך הרופא על הטיפול אותו אתה מעונין/ת לבצע וכן יענה על שאלותיך באופן מלא ומפורט.

Cytosial | הרכב החומר: 25 מ"ג/מ"ל חומצה היאלורונית

### הריני מאשר/ת בזה כי הוסברה לי מטרת הטיפול:

מילוי קמטים, שקעים או עיצוב תווי פנים עם חומצה היאלורונית מסוג ציטוסיאל, חומר מילוי זמני-נספג, הינה פעולה רפואית אסתטית הנועדה להביא לשיפור המראה החיצוני. באמצעות הזרקה חומרי מילוי ניתן למלא/להחליק קמטים ולהדגיש תוי פנים ובכללם: אף, עצמות לחיים, סנטר, קו לסת ועוד. חשוב להדגיש כי תוצאות הפעולה אינן נשמרות לצמיתות. ברוב המקרים משך ההשפעה של חומר המילוי באזור המטופל הינו כ- 12 חודשים ממועד ההזרקה. (מילוי שפתיים משך ההשפעה הוא כ- 6-8 חודשים בקירוב).

### הריני מאשר/ת בזה כי הוסבר לי התהליך הטיפולי:

חיטוי העור וסימון האזור המטופל. תיתכן ביצוע הרדמה מקומית של האזור עם משחה מאלחשת או לחילופין באמצעות הזרקה חומרי הרדמה. הזרקה חומר המילוי Cytosial באמצעות מחט/קנולה לשכבות העור השונות ולרקמות הרכות שמתחתיו. בסיום ההזרקה לעיתים הרופא יעסה את האזור על מנת לפזר את החומר בצורה אחידה. הוסבר לי כי הטיפול עשוי להיות שונה בהתאם לסוג העור, עומק ומיקום האזור המטופל. הובהר לי שלא ניתן לנבא מראש את מספר הטיפולים וכמות החומר להם אודקק וכי תוצאות הטיפול הינן סובייקטיביות. החומר המוזרק נספג באיטיות עד להיעלמותו כעבור 6-18 חודשים מיום ההזרקה. זמן התכלותו הינו אינדיווידואלי ותלוי ברקמות העור של המטופל.

### הריני מאשר/ת שהובהר לי ע"י הרופא המטפל כי:

Cytosial הינו מכשיר רפואי בעל רישיון משרד הבריאות הישראלי הנועד לשימוש ע"י רופא בלבד. חומצה היאלורונית נמצאת בשימוש נרחב בעולם ובישראל כבר משנת 2000 להזרקה למטרה זו ואין המדובר בטיפול חדשני ו/או ניסיוני. למרות זאת עדיין אין בנמצא מידע מהימן לגבי השלכות לטווח הרחוק. הטיפול מותר בנשים הרות ו/או מניקות

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או שימוש במשחת אילחוש על פי שיקול דעתו של הרופא. הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והאפשרות הנדירה מאוד של פגיעה עצבית באזור ההזרקה לרבות שינויים בתחושה ובתנועה במקום זה. כן תוארו בפני תגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

### הריני מאשר/ת בזה כי ניתנו לי הנחיות לאחר טיפול:

ביממה לאחר הטיפול יש להימנע מפעילות גופנית ומחשיפה לשמש ולחום. הומלץ לישון עם ראש מוגבה בימים לאחר ההזרקה, למרוח משחה "מרגיעה" המכילה טרולאמין/ארניקה ולהרבות בשתיית מים. הוסבר לי כי יכול להיווצר צורך בהשלמת טיפול במרפאה לשם תיקון ושיפור התוצאה. הוסבר לי כי השלמת הטיפול תבוצע בהחלטת הרופא לאחר כ- 3-5 שבועות מהטיפול העיקרי

אני מתחייב/ת למלא, אחר ההוראות שינתנו לי ע"י הרופא, לפני, במהלך ולאחר הטיפול. אני מבין/ה שמידת אחריותי והן ביצוע מלא ומדויק של ההוראות שלאחר הטיפול, כמו גם ביקורים חוזרים לפי הצורך, הכרחיים להצלחת הטיפול. עוד אני מצהירה כי קראתי בעיון רב והבנתי את כל ההוראות שלאחר הטיפול וכן עברתי עליהן עם הרופא.

### הריני מאשר/ת בזה כי תוארו בפני שיטות טיפול חלופיות:

פילינג (קילוף עור) כימי או באמצעות מכשיר לייזר, הזרקה חומרי מילוי אחרים (סידן, שמן סיליקון, שומן ועוד), מתיחת פנים בכירורגיה פלסטית. הוסבר לי היתרונות והחסרונות של הטיפול המבוקש על פני הטיפולים האחרים.

## הריני מאשר/ת בזה כי הוסברו לי תופעות לוואי אפשריות וסיכונים:

באזור ההזרקה: כאב, דימום, אדמומיות, שטפי דם, נפיחות, רגישות למגע, נוקשות במישוש, הרפס. תופעות אלו חולפות מעצמן תוך מספר שבועות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום באזור המוזרק, שינוי בצורת האזור המטופל, אסימטריה בין שני צידי הפנים, שינוי צבע (התכהות או התבהרות) קבוע או זמני בעור, הופעת גושים שבדרך כלל נעלמים לאחר זמן אולם עלולים להיות קבועים, התפתחות של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המוזרק או לחומר ההרדמה המקומית. כמו כן, ידוע לי כי הזרקת החומר עלולה לעורר תגובה של הגוף מול חומרים אחרים שהוזרקו לגופי. אני מסכים/ה לקחת את הסיכון של התפתחות תגובה לאחר שהובהר לי כי לא ניתן לצפות מראש תגובה מסוג זה. כמו כן, הוסבר לי כי במידה ותרחש תגובה היא תחייב טיפול תרופתי או ניתוחיבכל מקרה של תגובה חריגה לטיפול התבקשתי להודיע על כך מיידית לרופא ולשלוח תמונות של האזור שטופל.

▪ בנוסף להסברים שניתנו לי הייתי מעוניין/ת לקבל הסבר נוסף ו/או מפורט יותר ביחס לנקודות הבאות:

▪ אני מודע/ת לכך שמקצוע הרפואה בכלל והרפואה האסתטית בפרט אינו מדע מדויק ולכן לא ניתן להבטיח את תוצאות הטיפול. אני מאשר/ת ומכיר/ה בכך שלא ניתנה לי כל ערובה או אחריות בין אם במפורש או בין אם במרומוז על ידי מי מהמעורבים, באשר לטיפול אותו אני מבקש/ת ומאשר/ת לבצע ותוצאותיו. הובהר לי שאמנם צפויה תוצאה טובה, אך היא אינה ניתנת לחיזוי מוחלט ועל כן אין כל ערובה להצלחת הטיפול ו/או מניעת כישלון הטיפול והופעת תוצאות לא רצויות.

▪ הנני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את האמור לעיל וכי התהליך הטיפולי הוסבר לי במלואו ואני מבין/ה את מטרתו ומהלכו של הטיפול שיינתן לי והסיכונים הכרוכים בו, כמו גם שיטות טיפול חלופיות אפשריות.

▪ הוסבר לי כי בחלקים מסוימים בטיפול ותחת השגחת הרופא, יסייע איש צוות מיומן אשר מוכשר לכך. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המקום בו מתבצע הטיפול וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול יהיה רופא מוסמך. הריני מאשר/ת בזאת לרופא לטפל בי, והנני מסכים/ה לשחררו מכל טענה או תביעה בגין נזק, פגיעה או תלונה כתוצאה ממצב שיווצר אשר לא היה תחת שליטתו.

▪ אני מצהיר/ה שקראתי ומילאתי את טופס השאלון הרפואי ובכללו את ההיסטוריה הרפואית שלי, בצורה מלאה, מפורטת ומדויקת למיטב ידיעתי. אני מאשר/ת שמסרתי לרופא המטפל את כל המידע לגבי מצבי הרפואי ועניתי בצורה נכונה ומלאה על כל השאלות שנשאלתי וכן מסרתי את כל המידע לגבי תרופות אותן אני נוטל/ת או נטלתי בעבר.

▪ אני מצהיר/ה שאני מעוניין/ת לבצע את הטיפול מרצוני החופשי וללא כל התניה גופנית או מוסרית, וכן אני מודע/ת לכך ששמורה לי הזכות להפסיק את הטיפול בכל עת בה אחפוץ ומבלי להצדיק את החלטתי.

אני נותן/ת את הסכמתי לכך, שצילומי לפני/אחרי שלי ישמשו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת להשתמש בצילומים למטרות לימודיות, הדגמות למטופלים, הצגה בכנסים רפואיים או במאמרים רפואיים, צרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגיטלית, תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הריני מאשר/ת בזאת ומבקשת להעניק לי טיפול מסוג \_\_\_\_\_

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ | ת"ז: \_\_\_\_\_ | חתימה \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת על סוג הטיפול אותו הוא/היא אמורה לעבור, מטרת הטיפול ומהלכו, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים שיכולים לנבוע מביצוע הטיפול, וכן על שיטות טיפול חלופיות.

אני מאשר/ת כי המטופל/ת חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | שם הרופא/ת: \_\_\_\_\_ | חתימה וחותמת \_\_\_\_\_