

## הסכמה להזרקת פלזמה עשירה בטסיות (PRP) לפנים ולקרקפת

אני החתום/ה מטה מבקש לטפל בי ע"י הזרקת פלזמה עשירה בטסיות (PRP platelet rich plasma) לאיזור: הקרקפת \ פנים \ דקולטה.

- קיבלתי הסבר מפורט לגבי חלופות הטיפול בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מההליכים.
- ידוע לי כי PRP נמצא בשימוש רפואי מספר שנים בתחומי רפואה שונים, כולל רפואה אסתטית.
- הנוזל מופק מדם המטופל הנשאב למבחנה מווריד הזרוע בנפח 9 עד 12 מ"ל.
- הוסבר כי PRP נשאר באיזור המוזרק תקופה מוגבלת וכדי לשמר את התוצאה שתושג יש לחזור על הטיפול.
- הוסבר לי שהרפואה אינה מדע מדויק ובני אדם אינם זהים בתכונות העור שלהם, לא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הטיפול. התוצאה יכולה להשתנות מאדם לאדם ותלויה בגורמים רבים שאין לרופא שליטה מלאה עליהם. לכן מובן לי שלא ניתן לצפות בוודאות מלאה את תגובתי לטיפול.
- תופעות הלוואי העיקריות שיכולות להיגרם מההזרקה: אי נוחות, כאב כתוצאה מאלחוש או ההזרקה עצמה, נפיחות ואודם מקומי.
- ידוע לי שלא אוכל לדרוש החזר כספי או טיפולים ללא תשלום במידה ולא הושגה תוצאה כפי שביעות רצוני.

חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית לביצוע הפעולה הנ"ל.  
בחתימתי אני מאשרת שקיבלתי את המידע הרשום לעיל, שאני שבע רצון מההסברים שניתנו לי, שאני מבינה את מטרת המסמך ושאני מסכימה לביצוע הטיפול.

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

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

תאריך: \_\_\_\_\_ | חתימה \_\_\_\_\_

אני מאשרת כי הסברתי למטופל/ת על סוג הטיפול אותו הוא/היא אמורה לעבור, מטרת הטיפול ומהלכו, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים שיכולים לבוע מביצוע הטיפול, וכן על שיטות טיפול חלופיות.  
אני מאשרת כי המטופל/ת חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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