

## טופס הסכמה לטיפול באמצעות תכשיר Peptydial HX

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 שאלותייך באופן מלא ומפורט.

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

התכשיר Peptydial HX (פפטידיאל) משמש למטרת אסתטיקה: שיפור במראה ומרקם העור ומילוי קמטוטים. התכשיר מכיל חומצה היאלורונית, סידן הידרוקסיאפטיט וכן חומצות אמינו. הזרקת התכשיר לשכבת העור גורמת לשחזור רקמת החיבור ע"י גירוי פיברובלסטים לייצור קולגן אשר משפיע על תכונות העור ומביא להצרתו.

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

הכנה: חיטוי העור, סימון האזור המטופל, אילחוש העור באמצעות משחה. בתהליך עצמו מתבצעות זריקות לתוך שכבת העור אליה החומר מוחדר. התכשיר מוזרק במספר נקודות הפרשות על הפנים ו/או הגוף.

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

הזרקת חומצה היאלורונית, סידן, חומצות אמינו נמצאים בשימוש נרחב בארץ ובעולם ואין המדובר בטיפול חדשני ו/או ניסיוני. המרכיבים המוזרקים הינם בעלי תאימות ביולוגית (ביוקומפטבילי) ונספגים במלואו.

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

הוזהרתי כי עלי להמנע מחשיפה לשמש או לחום למשך 24 שעות. כמו כן להמנע מפעילות גופנית למשך יממה. יש למרוח משחה מרגיעה המכילה טרולאמין או ארניקה על מנת לשמור על לחות העור ביממה לאחר הטיפול. אני מבינ/ה שלקבלת תוצאה אפקטיבית אופטימלית נדרשת סידרת טיפולים כשהממוצע הינו 3 טיפולים בתקופה של כ-6 חודשים. ברור לי שברבות השנים יתכן ואזדקק לטיפולים נוספים על מנת לשמר את תוצאות הטיפול. כמו כן אני מבינה שהתגובה לאחר כל טיפול וטיפול שונה ולפיכך משתנה גם מספר הטיפולים הנחוץ להשגת המטרה. ברורה לי החשיבות של ההקפדה על לחות הזמנים בין הטיפולים העתידיים על מנת להשיג תוצאות מוצלחות.

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

לרבות: גירוי, צריבה, נפיחות, דימום במקום המוזרק, ושטפי דם ייתכנו לאחר כל טיפול. אולם בד"כ תופעות אלו הינן זמניות וחולפות מאליהן תוך מספר ימים. סיכונים נדירים שדווחו, כוללים זיהום ותגובה אלרגית המתבטאים באדמומיות, נפיחות ואי-נוחות באזורים המוזרקים.

▪ הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה טופיקלית (ע"י משחה) או מקומית (ע"י זריקות), לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי הרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

▪ 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 ע"י אנרגיית אור), הזרקת חומרי מילוי אחרים לטיפול בקמטים, דרמורולר, מזותרפיה, סקין-בוסטר באמצעות הזרקת קולגן, הוסברו לי היתרונות והחסרונות של הטיפול המבוקש על פני הטיפולים האחרים.

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

▪ אני מודעת/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 מהמערבים, 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 יודעת/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 מודעת/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 אמור/ה 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 \_\_\_\_\_