

טופס הסכמה לטיפול באמצעות חוטי AQULIFT

- הריני מאשר לד"ר _____ (להלן, הרופא) לבצע את הטיפול בחוטי AQULIFT.
- הטיפול ותוצאותיו, הסכנות האפשריות, הסיבוכים, והאפשרויות לשיטות טיפול חלופיות הוסברו לי במלואן על ידי הרופא, הבנתי אותן, והסכמתי לבצע את הטיפול.
- הוסבר לי שטיפול מתיחת הפנים בחוטים אינו מבטיח העלמה מוחלטת של הקמטים.
- כדי להשיג אפקט מרבי, נדרש שאבצע _____ טיפולים.
- לפני ביצוע הטיפול, אפשר למרוח על העור קרם הרדמה.
- במהלך הטיפול, המטופל יכול להרגיש כאב במידה בינונית.
- כדי לעצור את תחושת אי הנוחות, ניתן להשתמש בחומרי הרדמה שאינם נרקוטיים.
- לאחר הטיפול, באזורים המטופלים יכולה להופיע:
 - אדמומיות, בצקת, חבורות, ובמקרים נדירים, שטפי דם.
 - הבצקת נעלמת בדרך כלל בתוך 3-5 ימים, במטופלים מסוימים היא יכולה להישאר גם במשך שבועיים.
- לאחר ביצוע הטיפול, יש לנקוט באמצעי הטיפול הבאים:
 - להימנע מקרני שמש ישירות, למרות קרם בעל מקדם הגנה גבוה.
 - להימנע ממימיקה מיותרת, לא לבקר אצל רופא השיניים במשך חודש.
 - לישון על הגב ב- 3 ימים הראשונים, ולהשתמש בכר תומך.
 - להימנע משפשוף הפנים כאשר רוחצים אותם, לא ללוש את הפנים במהלך מריחת הקרם הטיפול.
 - במקרה של בצקת מתמשכת (מעל 7 ימים, בעיקר באזור שמסביב לעיניים) יש לחזור לרופא לקבלת טיפול תומך.
- במקרה של נטייה לדימומים, כאב מתמשך ותסמינים אחרים, פנו מיד לרופא.

אין לבצע את הטיפול במקרים הבאים:

1. בתקופת ההיריון וההנקה
2. בחולים הסובלים ממחלות אוטו-אימוניות.
3. במקרים חמורים של אקנה באזור הפנים והצוואר
4. מחלות עור פעילות או מחלות עור המביאות להפרעה בתהליך חידוש העור.
5. טיפול נוגדי קרישה
6. הימצאות של חומרי מילוי קבועים

בחתימתי אני מאשרת שקיבלתי את המידע הרשום לעיל, שאני שבע רצון מההסברים שניתנו לי, שאני מבין את מטרת המסמך ושאני מסכימה לביצוע הטיפול. אני מחויבת לבצע את כל אמצעי הטיפול שניתנו לי על ידי הרופא.

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 לנבוע מביצוע הטיפול, וכן על שיטות טיפול חלופיות. אני מאשרת כי המטופל/ת חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

תאריך: ____/____/____ | שם הרופא/ת: _____ | חתימה וחותמת _____

טופס הסכמה מדעת ומרצון לטיפול באמצעות חוטי AQULIFT

אני הח"מ, שם ומשפחה: _____ בעלת ת.ז: _____

מבקש/ת מ- _____ (להלן: "רופא") לטפל בי באזור _____

(להלן: "הטיפול העיקרי") בעזרת חוטים, מסוג AQULIFT (להלן: "החוטים" או "החוט").

החוט שנבחר על ידי אחרי קבלת הסבר מלא, מפורט ומקיף מהרופא לגבי סוג החוט, סגולותיו, מגבלותיו, סיכונים וסיכויים עתידיים, תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים הן מתהליך ההרדמה (אם יתבצע), הן מעצם פעולת החדרת החוטים והן מסיבוכים אפשריים שלאחריה, בין אם קצרי טווח ובין אם ארוכי טווח.

קיבלתי מהרופא הסבר מפורט על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות, הסיכונים והסיכויים הנפוצים הכרוכים בכל אחד מהתהליכים.

הוסבר לי והבנתי כי הרפואה והרפואה האסתטית בפרט אינם מדע מדויק וכי לא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הפעולה. כמו כן, הוסבר לי כי עשויות להיות תוצאות שונות מאדם לאדם הן בתגובות לחומרי ההרדמה ולחוט המסוים, הן תוצאה המתקבלת והן בסיבוכים אפשריים כגון זיהומים או הצטלקויות בעקבות הפעולה. היות ומעורבים גם גורמים שאין לרופא שליטה עליהם, ברור לי כי לא ניתן לנבא מראש את תוצאות הפעולה או התופעות הנלוות לפעולה.

הוסבר לי והבנתי כי סיבוכים מוכרים וידועים עשויים להיות נלווים לפעולה כזו הינם, בין היתר: אי נחות קלה במהלך הפעולה, נפיחות, אלרגיה, אדמומיות, כאבים, דימומים תת עוריים, זיהומים, פגיעה במבנים פנימיים (שרירים, כלי דם ועצבים) פגיעה כזו עשויה להיות זמנית או קבועה, הצטלקות, שינויי גוון העור, גושים תת עוריים ועוד. עלויות אשפוז או טיפולים נוספים יהיו באחריות המטופל. במקרים נדירים דווח על רגישות למרכיבי החוט, וייתכן שיופיע תהליך דלקתי באזור הטיפול, אשר ניתן לטפל בו באמצעות משחה, כדורים או בניתוח להוצאת החוט. מצב כזה יכול לשנות את צבעו של העור או ישאר מוצלק.

הוסבר לי והבנתי כי על פי מהותה הרפואה אינה יכולה לערוב לתוצאה חיובית בכל טיפול ולעיתים תקלות בטיפול הן בלתי נמנעות. לא כל משגה או תקלה מהווה בהכרח רשלנות רפואית ולפיכך, הודאה בתקלה בטיפול, אין משמעותה הודאה ברשלנות רפואית, ובמקרה של תקלה כזו ייעשה מירב המאמץ בכדי לתקן ולשפר את מצב הדברים.

הוסבר לי כי הרפואה בכלל וטיפולים מסוג זה בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. אולם הובהר לי כי לא ינתן פיצוי 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, או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

כמו כן, ידוע לי כי תיתכן אפשרות להיווצרות אסימטריה, שינוי פיגמנטציה או אי השגת התוצאה המקווה.

במידה ויש צורך בטיפול טרום ו/או אחר ניתוחי אעקוב אחר הוראותיו של הרופא (למשל: נטילת טיפול אנטיביוטי ו/או אנטיוראלי מונע, כמקובל).

ייתכן תיקון רפיון חלקי על אף שהחוט ייתן שיפור ברפיון העור, הוא לא יתקן את כל הרפיון בעור הפנים. סיבוכים יכולים להיווצר כתוצאה מעישון ושתייה של נוזלים באמצעות קשית. מומלץ בתוקף להימנע מעישון ופעולות הדומות לשתיה מקשית.

טופס הסכמה מדעת ומרצון לטיפול באמצעות חוטי AQULIFT

הנני מאשר/ת כי ידוע לי שאלרגיה ידועה או רגישות לגופים חיצוניים או חומרים ביולוגיים מלאכותיים הם סיבה להימנעות מביצוע הפעולה והנני מאשר/ת כי לא ידוע לי אודות רגישות כזו.

הובהר לי כי לשם השגת התוצאה יש לעיתים לשלב טיפולים נוספים בתהליך וכי במקרה כזה על לשאת בעלות החומרים הנוספים והפעולות הנוספות כמקובל.

במקרים מעטים, הטיפול פחות יעיל או משפיע לזמן קצר (פחות משנה), ויש לחזור על הטיפול במרווחי זמן קצרים, עליו ייגבה תשלום נוסף.

חתימה המטופלות:

תאריך חתימה:

בנוסף, ידוע לי כי הרפואה הינה מדע ביולוגי ואינה מדע מדויק, ויתכן ויופיעו תופעות לוואי או תסמינים אשר אינם מוכרים עד כה ואשר לא תוארו עד כה בספרות הרפואית הנובעים מהטיפול העיקרי. אני מודעת/ת לכך שמקצוע הרפואה בכלל והרפואה האסתטית בפרט אינו מדע מדויק ולכן לא ניתן להבטיח את תוצאות הטיפול.

אני מאשר/ת ומכירה/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.

אני מתחייבת/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המטפל כפי שהם יקבעו לי. **היות ומעורבים גם גורמים שאין לרופא שליטה עליהם, ברור לי כי לא ניתן לנבא מראש את תוצאות הטיפול או התופעות הנלוות.**

לפני חתימתי על מסמך זה הובהר לי כי הנני רשאי/ת לדחות הפעולה וכן את המשך ההליכים הרפואיים עד אשר איוועץ בכל גורם אחר, לרבות קבלת חוות דעת מרופא/ה נוסף/ת, והנני חותמת/ת על מסמך זה לאחר שמיציתי זכות זו ולחילופין לאחר שוויתרתי מרצוני על מיצויה.

אני מסכים/ה בזאת לשימוש בפרטים המזהים של הטיפול על פי הרישומים בתיק הטיפולים, לרבות פרסום הצילומים של לפני ואחרי, הצגתם ושימוש בהם לכל צרכי החברה לרבות מצגות, הרצאות, פרסום במדיות השונות (אינטרנט, עיתונות וטלוויזיה ועוד), וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

הנני מצהירה/ה כי טופס זה ניתן לי לקריאה ולחתימה זמן מספיק טרם ביצוע הפעולה, וכי קראתי הבנתי ושקלתי היטב את הכתוב בו טרם חתימתי מרצון. חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל.

קראתי בעיון והבנתי את תוכנו של מסמך זה.

ניתנה לי האפשרות לקחת את כתב ההסכמה לביתי ולהתייעץ עם כל גורם שאבחר לרבות עו"ד.

טופס הסכמה מדעת ומרצון לטיפול באמצעות חוטי AQULIFT

החלטתי ע"פ רצוני החופשי לבצע את הפעולה היום לאחר שקראתי, העמקתי והבנתי את תוכנו של כתב הסכמה זה.

מוסכם בזאת בין הצדדים, כי במידת הצורך מקום השיפוט הייחודי והבלעדי יהיה בבתי משפט המוסכמים לפי העניין שבאזור שיפוט חיפה בלבד, גם במידה וקיימים מספר סניפים במידה ואכן קיימים.

- 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.

- הנני מאשר/ת כי הוסבר כי לא ניתן לנבא את תוצאות הטיפול ובמידה ולא אהיה מרוצה לא אהיה זכאי להחזר כספי כלשהו עבור הטיפול שבוצע.

תיאום ציפיות

מאחר שהתהליכים בגוף ובעור הם דינמיים, ותוליים בגורמים רבים (דוגמת גיל, גניטקה, אורח חיים, חשיפה לשמש, מחלות, תרופות), יש לקחת בחשבון שטיפולים אסתטיים לא תמיד יכולים להבטיח הצלחה מלאה, ואין הסבר מדעי לסיבה של הצלחת אצל אנשים מסויימים לעומת -אי-הצלחה אצל אחרים.

חוטי PDO: פירוק ביולוגי מלא מתרחש תוך 6-12 חודשים.

חוטי PLA/CL: פירוק ביולוגי מלא מתרחש תוך בערך 18-24 חודשים.

תאריך חתימה: _____ שעה: _____

חתימת המטופל: _____

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 חליפיות. 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 _____