

Clinics

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.
Haifa 13 Sherit Hapleta st.
Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441

Tel. 972-4-8550930 טל.
Tel. 972-4-8550931 טל.
Tel. 972-4-9824777 טל.
Fax. 972-4-8550929 פקס

www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה
נהריה - רח' סוקולוב 21

استمارة موافقة لحقن مادة تعبئة من نوع برلن / رستيلا

اسم: _____ عائلة _____ رقم هوية _____
انني الموقعة ادناه, اطلب معالجتى بواسطة حقنة برلن في منطقة: _____
انني اصرح بذلك انني حصلت على الشرح المفصل شفويا حول نتائج متوقعة, مخاطر قائمة وطرق علاج بديلة ممكنة
في ظروف الحالة. بما في ذلك
احتمالات ومخاطر لها علاقة بكل مرحلة.
اعرف ان البرلن يستعمل كإينيكيا منذ عدة سنوات, وبما انه يتحلل, لا يتوقع ولا تعرف تداعيات على المدى البعيد.
ذكر لي ان البرلن
في الولايات المتحدة FDA تمت المصادقة على حقنه في الانسجة الناعمية من قبل وزارة الصحة. وحصل على
المصادقة, اعرف ان المادة ستبقى في المنطقة التي يحقن بها خلال عام. الا انه وبما ان التفاعلات لدى اشخاص
مختلفين, تختلف فان هذه الفترة تختلف من شخص الى شخص, وفي نفس المعالج, رد الفعل يختلف في اوقات مختلفة.
انني اوافق على تنفيذ تخدير موضعي حسب اعتقاد الطبيب.
انني اصرح انه شرح لي وانني افهم ان الطب لا يعتبر علما دقيقا ولا يمكن توقع بشكل دقيق النتيجة النهائية للحقنة.
وبما ان بني البشر
لا يتشابهون من ناحية المبنى التشريحي وخصائص جلدهم فان الرد الفعلي للحقنة يمكن ان يكون مختلفا من شخص
الى اخر. الرد المختلف بين شخص واخر يمكن ان يكون نتيجة تناول ادوية مختلفة. وبما ان الحديث عن عناصر
مختلفة لا سيطرة للجراح عليها بشكل كامل فان النتائج يمكن ان تكون مختلفة بين اشخاص مختلفين. لذلك افهم انه لا
يمكن توقع بشكل مؤكد رد فعلي للحقنة.
اعرف ان الحقنة يمكن ان تؤدي الى مضاعفات واعراض جانبية غير مرغوب فيها مثل: تلوث, نزيف دم, نزيف في
مكان الحقنة, انتفاخ, اوجاع الخ. المضاعفات الرئيسية يمكن ان تحدث من هذه الحقنة هي: عدم تناسق, عدم الحصول
على النتيجة المرجوب فيها, حدوث تكتلات, نزيف, فرط تصبغ وتلوث.
انني اعرف انه يمكن ان تكون مضاعفات واعراض جانبية نادرة اكثر, التي لا تحدث بشكل عام, لذلك لم اطلب الشرح
عن تلك الاعراض الجانبية. انني افهم
انه لا يمكن توقع بشكل دقيق كمية الحقنة, وذلك يكون حسب راي الطبيب الذي يجري العملية, بالتنسيق مع المعالج.
اعرف ان كل اضافة للمادة, منوط بدفع اضافي.
انني اوافق على تصوير صور لوجهي او اعضاء جسمي الاخرى قبل وبعد العلاج كما هو متعارف عليه بالجراحة
التجميلية واعرف ان الصور ستستعمل لحاجات علمية من التوثيق والتعقب.

شرح لي ان الطب والجراحة التجميلية تحديدا, لا تعتبر علما دقيقا, وانه لا يمكن قطعيا منع مضاعفات ونتائج غير
مرغوب فيها. الجراح يتعهد بالمعالجة باخلاص في أي مضاعفات او نتائج غير مرغوب فيها. الا انه, اوضح لي انه
لن يمنح تعويض مالي من أي نوع, بسبب مضاعفة او نتيجة غير مرغوب بها بعد العملية. ايضا لن تمول اضرار
مالية او اخرى ستحدث من جراء العلاج مثل فقدان ايام عمل, شراء ادوية, سفريات خاصة, نقاهة, و/او كل ضرر
مباشر او غير مباشر سيحدث بعلاقة مباشرة او غير مباشرة لنتيجة العلاج الذي اعبره.

Clinics	1800-331-441	
Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.	Tel. 972-4-8550930	טל'.
Haifa 13 Sherit Hapleta st.	Tel. 972-4-8550931	טל'.
Nahariya 21 Sokolov st.	Tel. 972-4-9824777	טל'.
	Fax. 972-4-8550929	פקס.
	www.drgovrin.co.il	

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4

חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה

נהריה - רח' סוקולוב 21

תוקיעי יעבור מصادקה באختיاري الشخصي وتوجها من قبلي للطبيب اعلاه لتنفيذ العملية اعلاه.

تاريخ: _____ ساعة: _____ اسم واسم العائلة _____ التوقيع _____

اصادق بهذا انني شرحت للمريض كل ما ورد اعلاه بالتفصيل الضروري وانها وقعت على الموافقة امامي, بعد ان اقتنعت انها فهمت شرحي كاملا.

تاريخ: _____ ساعة: _____ اسم الطبيب: _____
توقيع _____