

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

טופס הסכמה להזרקת חומר מילוי מסוג פרלן/רסטילן

שם: _____ משפחה _____ ת.ז. _____

אני החתומה/מטה, מבקשת/ת לטפל בי על ידי הזרקת פרלן לאזור: _____

הנני מצהירה/ה בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקוות, הסיכונים הקיימים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בניסבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מההליכים.

ידוע לי, כי הפרלן נמצא בשימוש קליני מזה מספר שנים אחדות, והיותו הוא מתפרק, לא צפויים ולא ידועות השלכותיו לטווח הרחוק. נאמר לי, כי הפרלן בארה"ב FDA – אושר להזרקה ברקמות רכות ע"י משרד הבריאות, וקיבל את אישור ה

ידוע לי, כי החומר ייוותר באזור המוזרק במשך כשנה, אולם היותו והתגובות אצל אנשים שונים, הן שונות הרי פרק הזמן הזה משתנה מאדם אחד למשנהו, ואף באותו מטופל, התגובה שונה בזמנים שונים.

הנני מסכים/מה לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול הרופא.

הנני מצהירה/ה שהוסבר לי, ואני מבינה/ה שהרפואה אינה מדע מדוייק ולא ניתן לצפות באופן מדוייק את התוצאה הסופית של ההזרקה. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות העור שלהם התגובה להזרקה עלולה להיות שונה מאדם לאדם. תגובה שונה אצל אנשים שונים עלולה להיות גם כתוצאה מלקיחת תרופות שונות. היות ומדובר כאן בגורמים שונים שאין למנתח שליטה מלאה עליהם התוצאות יכולות להיות שונות באנשים שונים. לכן אני מבינה/ה שלא ניתן לצפות בוודאות גם את תגובתי להזרקה.

ידוע לי, כי ההזרקה יכולה לגרום לסיבוכים ותופעות לוואי בלתי רצויות כגון: זיהומים, שטפי דם, דימום במקום ההזרקה, נפיחות, כאבים וכדו'. הסיבוכים העיקריים שיכולים להיגרם מהזרקה זו הינם: אסימטרייה, אי השגת התוצאה המקווה, יצירת גושים, דימום, היפרפיגמנטציה וזיהום.

אני מבינה/ה שעלולים להיות גם סיבוכים ותופעות לוואי נדירים יותר אשר בדרך כלל לא מתרחשים, ועל כן לא ביקשתי הסבר על תופעות אלה. אני מבינה/ה שלא ניתן להעריך במדוייק את הכמות המיטבית להזרקה, וזו תעשה בהתאם לשיקול הרופא המבצע, בתאום עם המטופל. ידוע לי כי כל תוספת של חומר, כרוכה בתשלום נוסף.

אני מסכים/ה לצילום תמונות של פני או חלקי גוף אחרים לפני ואחרי הטיפול כמקובל בכירורגיה פלסטית וידוע לי שיעשה בהם שימוש לצרכים מדעיים, לתעוד ולמעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדוייק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך 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, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל לביצוע הפעולה הנ"ל.

תאריך: _____ שעה: _____ שם ושם משפחה _____ חתימה _____

אני מאשרת/ת כי הסברתי לחולה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך: _____ שעה: _____ שם הרופא: _____ חתימה: _____