

## טופס הסכמה להזרקת חומר מילוי מסוג חומצה היאלרונית

טיפול זה מיועד לשפר את המראה של קמטי הבעה מסוימים בפנים ופועל ע"י החלשה של שרירי הבעה.

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזה שקיבלתי מד"ר' יואב אברהמי הסבר מפורט בעל-פה ובכתב על הזרקת חומר מילוי כטיפול קוסמטי רפואי באזורים:

לחיים  קמטים בין האף לפה  שפתיים  קמטים בין הסנטר לחחי

אחר: \_\_\_\_\_

על התוצאות המקוות, על הסיכונים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה. אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה.

ידוע לי, כי חומצה היאלרונית נמצאת בשימוש קליני מזה מספר שנים אחדות, והיות והיא מתפרקת, לא צפויות ולא ידועות השלכותיה לטווח הרחוק. ידוע לי, כי החומר ייוותר באזור המוזרק במשך כשנה, אולם היות והתגובות אצל אנשים שונים, הן שונות הרי פרק הזמן הזה משתנה מאדם אחד למשנהו, ואף באותו מטופל, התגובה שונה בזמנים שונים.

ידוע לי כי ההזרקה יכולה לגרום לתופעות לוואי בלתי רצויות כגון: שטפי דם, נפיחות וכאבים. הסיבוכים העיקריים שיכולים להיגרם מהזרקה זו הינם: אסימטריה, אי השגת התוצאה המקווה, יצירת גושים, דימום, שינויי גוון בעור, תגובה אלרגית וזיהום. אני מבין/מבינה שעלולים להיות גם סיבוכים ותופעות לוואי נדירים יותר אשר בדרך כלל לא מתרחשים, ועל כן לא ביקשתי הסבר על תופעות אלה.

אני מבין/מבינה שלא ניתן להעריך במדויק את הכמות המיטבית להזרקה, וזו תעשה בהתאם לשיקולו של דר' אברהמי בתאום איתי. ידוע לי כי כל תוספת של חומר כרוכה בתשלום נוסף.

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שתוך מהלך ההזרקה או זמן קצר אחריה אחוש ברע כתגובה למתח וחרדה הקשורים בפעולה עצמה. הוסבר לי כי במידה וידוע לי על מחלות לב או מצב בו התרגשות יתר עלולה לפגוע בבריאותי, יש לדווח על כך לפני ביצוע ההזרקה.

אני מסכים/מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' אברהמי 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.

חתימת המטופל/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה לאחר ששוכנעתי כי הסברי הובנו במלואם.

תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ חותמת וחתימה: \_\_\_\_\_