

טופס הסכמה: הזרקה בוטולינים לטיפול בקמטים

Botulinum toxin injection for wrinkles

ההזרקה מיועדת לטיפול קוסמטי זמני בקמטים באזורים מוגדרים בפנים. הזרקה רעלן הבוטולינים בכמויות קטנות גורמת להחלשה או לשיתוק של שרירי ההבעה בפנים, להם הזרק החומר. כך ניתן להשיג שיפור במראה הקמטים שנוצרים כתוצאה מפעולת השרירים (קמטים דינאמיים). לעיתים קיים גם שיפור בקמטים הקיימים במנוחה. ברוב המקרים ניתן לצפות בשיפור תוך שבוע. חזרת הקמטים, בעקבות חזרת פעילות השרירים שלתוכם הזרק החומר ועימם הקמטים, מתרחשת בהדרגה, תוך מספר חודשים. הזרקה נוספת לאחר חזרה של פעולת השריר, ובהמשך במועדים מתאימים ובדרך כלל ברווחי זמן ההולכים ומתארכים, עשויה לשמר את תוצאות הטיפול וכן לשפר קמטים עמוקים יותר.

שם המטופל/ת				
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	גיל
מס' ת"ז / דרכון	מען	טלפון		
אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר				
שם פרטי		שם משפחה		
על הזרקה בוטולינים כטיפול קוסמטי לקמטים באזור _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").				

הוסבר לי כי במרבית המקרים צפוי שהטיפול העיקרי יביא לשיפור הקמטים. כמו כן הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה: פילינג לסוגיו, הזרקה חומרי מילוי לטיפול בקמטים או כירורגיה פלסטית לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה. הוסבר לי כי הזרקה בוטולינים לטיפול בקמטים נמצאת בשימוש נרחב בעולם. האישור בארץ לטיפול בקמטים ניתן לבני 65 ומטה, לשרירים המצויים בשורש האף ובאזור המצח בין הגבות. **הטיפול אסור בנשים הרות.**

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: דימום מקומי, כאב באזור ההזרקה וכאבי ראש. כמו כן הוסבר לי כי בעקבות הזרקה הבוטולינים עלולה להתפתח חולשת שרירים מקומית באזור ההזרקה שתתבטא, בצניחת עפעפיים, גבות, חולשה בזווית הפה ובעקבות זאת אסימטריה חולפת במימיקה ובחיך בהתאם לאזור המזווק. פגיעה חולפת זו עלולה להמשיך עד מספר חודשים.

במקרים נדירים ביותר דווח על חולשה גם באזורים מרוחקים מאזור ההזרקה, כמו הפרעת בליעה או חולשה בגפיים.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת/לא ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה ושל קמטי הפנים לפני ואחרי הטיפולים. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי יעשה ע"י ד"ר _____

תאריך	שעה	חתימת המטופל
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.		

שם הרופא/ה	חתימת רופא/ה	מס' רשיון
------------	--------------	-----------