

הסכמה למילוי קמטים או שפתיים בחומר מילוי מסוג סיליקון

מילוי קמטים, שקעים או שפתיים עם חומר מילוי מסוג סיליקון בשיטת מיקו-טיפות או שיטת "ניו-יורק" היא פעולה קוסמטית בה מוזרקות טיפות סיליקון לעור ולרקמת התת עור לאחר הרדמה מקומית עם קרם או חומר הזרקה. השינוי לאחר כל הזרקה נראה לאחר כחודש ויש צורך לחזור על הטיפול בין 5 ל 8 פעמים. כל הזרקה נחשבת לטיפול חדש ונעשית בעלות מלאה. תוצאות הפעולה נשמרות לצמיתות. משך ההשפעה של החומר הוא כעשר שנים לפחות מההזרקה.

המטופל - שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' מאיר כהן על:
הזרקת חומר מילוי מסוג סיליקון ל _____ בנפח של _____ סמ"ק. (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי כי שברוב המקרים צפוי מילוי של הקמט/שקע/שפה באזור המטופל בטווח של 10 שנים לפחות. כמו כן, הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות, היתרונות והחסרונות בהשוואה לחומרי מילוי אחרים ואפשרויות אחרות לרבות ניתוח והסיכונים של דרכי טיפול אילו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, עיקצוץ ושטפי דם. הוסבר לי כי לאחר ההזרקה עלולה להופיע נפיחות ותגובת רגישות יתר. תופעות אילו חולפות מעצמן תוך מספר שבועות ולא נתן לחזות אותן מראש.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום באזור המוזרק, שינוי בצורת הלחי, משיכה של השפה למטה, אסימטריה בין שני צידי הפנים, אסימטריה בין צידי הגוף, שינוי צבע (התכהות או התבהרות) קבוע או זמני בעור, הופעת גושים שבדרך כלל נעלמים לאחר זמן אולם עלולים להיות קבועים, התפתחות של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המוזרק או לחומר ההרדמה המקומית. כמו כן, ידוע לי כי הזרקת החומר עלולה לעורר תגובה מיידית או מאוחרת (לאחר שנים) של הגוף מול חומרים אחרים שהוזרקו לגופי. אני מסכים/ה לקחת את הסיכון של התפתחות תגובה לאחר שהובהר לי כי לא נתן לצפות מראש תגובה מסוג זה. כמו כן, הוסבר לי כי במדה ותקרה תגובה היא תחייב טיפול תרופתי הזרקות או ניתוח. הוסבר לי כי הטיפול עשוי להיות שונה בהתאם לסוג העור, עומק ומיקום האזור המטופל ולכן לא נתן לנבא מראש את מספר הטיפולים וכמות החומר להם אדקק וכי תוצאות הטיפול הינן סובייקטיביות. כמו כן ידוע לי כי תוארו מקרים בהם חומר מילוי קבוע נדד ממקום ההזרקה וכי לא נתן לצפות תופעה זו מראש. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית.

אני מתחייב לקבל טיפול אנטיביוטי לאחר הניתוח לפי הנחיות דר' כהן. כמו כן, הוסבר לי במדה ואעבור טיפול רפואי אחר בפנים או בגוף (כמו טיפול רופא שיניים) חובה עלי לעדכן את המטפל לגבי מיקום ההזרקה ולדרוש זהירות יתרה בטיפול באזור. כמו כן, אני מתחייב בעתיד להקפיד ולקבל טיפול אנטיביוטי יום אחד לפני ושישה ימים אחרי כל פעולה שתעשה בסמוך לאזור אליו הוחדר חומר המילוי במדה ודר' כהן ינחה אותי לעשות זאת. אני מסכימ/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לדר' מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת לדר' כהן להשתמש בצילומים לצרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגיטלית תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מדע לא מדויק וכי לא נתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. הובהר לי כי לא ינתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוכים או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, הובהר לי כי דר' כהן לא יכסה שום נזק כספי ו/או נזק אחר שיגרם לי בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז במתקן רפואי ו/או כל נזק ישיר או עקיף אחר שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימת המטופל _____ תאריך _____ שעה _____
חתימת אפוטרופוס _____ תאריך _____ שעה _____

קרבת האפוטרופוס: אב/אם/מונה על ידי בית המשפט/אחר*
(אפוטרופוס ישים במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש).
אני מאשר כי הסברתי לחולה/אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש כי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.
דר' מאיר כהן מ.ר. 25464 חתימה _____ תאריך _____ שעה _____