

הסכמה לקילוף עור (פילינג) כימי

מטרת הטיפול הינה להסיר את השכבה השטחית של העור תוך ביצוע כוייה מבוקרת באמצעות חומר כימי. הטיפול מסיר את רוב כתמי הצבע בעור, מבצע מתיחה קלה של העור ומשפר מראה קמטים שטחיים ובינוניים (בהתאם לסוג התמיסה שבשמוש). הטיפול אינו מסלק קמטים וחריצים גדולים. ניתן לבצע את הטיפול כחלק מניתוח למתיחת פנים. הטיפול מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' _____ על: פילינג כימי באזור _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, נפיחות באזורים המטופלים ובסביבתם, הפרשות, יובש בלחמית או דמעת; שטפי דם תת עוריים, אודם בעיניים ותחושת גרד בעור. הוסבר לי כי בדרך כלל האזור המטופל יהיה אדום מאוד ושונה מהצוואר במשך כשישה שבועות ולאחר מכן הצבע האדום יטשטש בהדרגה במשך מספר חודשים, ובמצב הסופי העור עלול להיות בהיר יותר ביחס לסביבה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום חיידקי או וירלי (הרפס), רגישות יתר למשחות (אלרגיה), הופעת ציסטות באזור בלוטות החלב, **צללקות**, לעיתים קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות), עודף צבע (פגמנטציה) או חסר צבע באזורים המטופלים כמו גם תופעות של רעילות החומר. הוסבר לי כי במהלך השנה לאחר הטיפול עלי להימנע מגירוד או משיוף של האזור המטופל וגם בהמשך יהיה עלי להשתמש באופן קפדני במסנני קרינה. אני יודע/ת שטיפול זה איננו עוצר את המהלך הרגיל של הזדקנות עור הפנים. 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 שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים 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 מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיכונים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ייתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שייגרם 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. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בטיפול מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתך.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ תאריך: _____ שעה: _____

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

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____