

## טופס הסכמה לקילוף עור (פילינג) כימי

### מדבקה

מטרת הטיפול הינה להסיר את השכבה השטחית של העור תוך ביצוע כוויה 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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל/ת:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר:

שם פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

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 הסיבוכים והסיכונים האפשריים, במהלך הניתוח, לרבות: זיהום חיידקי או וירלי (הרפס), רגישות יתר למשחות (אלרגיה), הופעת ציסטות באזור בלוטות החלב, צלקות, לעיתים קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות), עודף צבע (פיגמנטציה) או חסר צבע באזורים המטופלים כמו גם תופעות של רעילות החומר.

הוסבר לי כי במהלך השנה לאחר הטיפול עליי להימנע מגירוד או משיוף של האזור מטופל וגם בהמשך יהיה עליי להשתמש באופן קפדני במסנני קרינה, אני יודע/ת שטיפול זה אינו עוצר את המהלך הרגיל של הזדקנות עור הפנים.

אני נותן/נת בזאת, את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו 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 מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב, הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, 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 סיבוך 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 בדרך כלל כשנה, שיש צורך בטיפול מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא/ה המנתח/ת או הרופא/ה המטפל/ת 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 בחירתי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם