

טופס הסכמה מדעת ומרצון

לטיפול מטרש (סקלרוטרפיה) בורידי הרגליים SCLEROTHERAPY

אחת השיטות לטיפול בורידיים מורחבים ("דליות") ובורידונים ("נימים") בולטים בעור הינה הזרקת חומר מטרש לוריד. קיימים כיום מספר חומרים המשמשים למטרה זו. הטיפול שהינו קוסמטי בעיקרו, כולל סדרת הזרקות ולאחר מכן אפשרות של חבישת הרגל על פי שיקול הרופא. מספר ההזרקות הנדרש תלוי בפיזור ובכמות הורידיים המורחבים, וניתן לחזור על הפעולה מידי שניים עד שלושה שבועות. התהליך עשוי להימשך מספר חודשים. החומר המטרש מוזרק דרך מחט דקה, ומלווה בכאב קל של הדקירה ובתחושת צריבה בעת הזרקת החומר. העלמות הורידיים או הנימים אינה מוחלטת, והאזור המוזרק עלול לשנות, פעמים רבות, את צבעו באופן גלוי לעין. הטיפול אינו מונע הופעת ורידים חדשים שעלולים להופיע גם באזור ההזרקה. הטיפול מתבצע בדרך כלל ללא הרדמה.

אני הח"מ,

שם משפחה שם פרטי שם האב ת. ז.

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר פרידמן על טיפול להעלמת ורידים באמצעות הזרקת חומר _____ ברגל ימין/שמאל*.

באזור/ים _____ (להלן: "הטיפול העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בניסיונות המקרה לרבות ניתוח וטיפול בלייזר, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצבי. הוסברו לי התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, וכן הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הוורידים/מגיבים חלקית או אינם מגיבים כלל לטיפול. במקרים אלה ניתן לחזור על הטיפול אך לא ניתן להבטיח בוודאות הצלחה מלאה בטיפול בכל הורידיים ברגל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, צריבה, אי נוחות, שינוי צבע במקום ההזרקה ו"פסים" בתוואי הוריד שהוזרק. בחלק מהמקרים עלול להיות פגם אסתטי באזור/י ההזרקה.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום מקומי, היווצרות כיב או אזור של נמק במקום ההזרקה שעלול להותיר צלקת בתום תהליך הריפי. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות. במקרים נדירים ייתכן שיהיה צורך בניתוח מתקן באזור הנמק בעור.

הוסבר לי כי במקרים נדירים עלולה להיות רגישות של הגוף לחומר המטרש המוזרק לוריד, שיכולה לגרום לתגובה אלרגית מקומית או כללית. במקרים קיצוניים שהם נדירים מאד התגובה האלרגית יכולה להיות קשה.

אני נותן/ בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים יעשו בידי ד"ר פרידמן

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

הנני מצהיר/ה כי טופס זה ניתן לי לקריאה ולחתימה זמן מספיק טרם ביצוע הפעולה, וכי קראתי הבנתי ושקלתי היטב את הכתוב בו טרם חתימתי מרצון. חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל.

ידוע לי כי כתב הסכמה זה מצוי באתר האינטרנט של ד"ר פרידמן www.dr-acky.com וניתן לעין בו בכל עת. קראתי בעיון והבנתי את תוכנו של מסמך זה.

ניתנה לי האפשרות לקחת את כתב ההסכמה לביתי ולהתייעץ עם כל גורם שאבחר לרבות עו"ד. החלטתי ע"פ רצוני החופשי לבצע את הפעולה היום לאחר שקראתי, העמקתי והבנתי את תוכנו של כתב הסכמה זה.

הנני מתחייב/ת להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו מייד עם חתימתי על מסמך זה על פי התנאים שנקבעו בין ד"ר פרידמן וביני.

חתימת המטופל _____ תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמ/ה על כתב ההסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינ/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימת הרופא _____