

טופס הסכמה מדעת ומרצון

הזרקת בוטוליניום לטיפול בהזעת יתר – Botulinum toxin injection for Hyperhidrosis

הזרקת בוטוליניום נועדה לטיפול בהזעת יתר בבתי שחי, כפות ידיים ורגלים. הטיפול מתבצע ע"י מספר רב של הזרקות ישירות לבלוטות הזיעה באיזור המזיע, אשר גורמות להפחתה ניכרת בפעילות בלוטת ההזעה.

משך ההשפעה הממוצע של הטיפול בין 3 ל-6 חודשים; ההזרקות מתבצעות לאחר מריחת משחה מאלחשת.

ההזרקות בכפות הידיים והרגליים מצריכות לעיתים אלחוש אזורי ע"י בלוק בשורש כף היד/רגל.

אני הח"מ, _____ ת.ז: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אכי פרידמן על הזרקת בוטוליניום כטיפול רפואי בהזעת יתר באזור _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי כי ברוב המקרים השפעת הטיפול תחל בין שבוע (1) ועד כשלושה (3) שבועות מיום הטיפול.

הוסבר לי שברוב המקרים צפוי שיפור משמעותי בהזעה בטווח הזמנים שהוזכר לעיל.

יחד עם זאת, הוסבר לי כי במקרים חריגים ובלתי צפויים מראש תיתכן העדר תגובה לטיפול העיקרי. היות ומצב כזה אינו ניתן לצפייה מראש ואינו קשור בכישורי הרופא המטפל ו/או באיכות החומר אלא בתגובות ביולוגיות של המטופל/ת הרי שבמצב כזה הנני מבין/ה והנני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי תוך הבנה שלא אהיה זכאי/ת להחזר כספי כלשהו במקרה כאמור וכי במקרה כזה אין לראות את הדבר כרשלנות בביצוע הפעולה מטעם הרופא.

כמו כן, הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות להזעת יתר לרבות הגישה הניתוחית וכן הטיפולים החלופיים לטיפול בהזעת יתר, לרבות הסיכויים והסיכונים של דרכי הטיפול החלופיות.

הוסבר לי כי הבוטוליניום נמצא בשימוש נרחב בעולם מעל 10 שנים להזרקה למטרה זו. משרד הבריאות בישראל אישר את הבוטוליניום למספר התוויות אך טרם ניתן אישור להזרקה בהתוויה זו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: עקצוץ מקומי בעור באיזור המוזרק, לעיתים לאחר הזרקת הבוטוליניום, עלולה להופיע תחושת מחלה כשפעת, חולשה ואף חום הנמשכים בד"כ ימים ספורים. בהזרקת בוטוליניום לכפות ידיים עלולה להתפתח חולשה זמנית של שרירי כף היד. לעיתים נדירות לאחר ההזרקה עלולה להופיע הזעה "מפצה" דהיינו התפתחות הזעת יתר באיזורים אחרים. תופעות אלו חולפות מעצמן תוך מספר שבועות.

הוסבר לי כי למיטב ידעתם של הרופאים לא תוארו בספרות המקצועית עד היום, תופעות לוואי בלתי הפיכות כתוצאה מטיפול זה.

הובהר לי כי מטרת הטיפול הינה להפחית את הזעת היתר עד להזעה נורמטיבית וברור לי כי אין מטרת הטיפול למנוע הזעה באופן מוחלט.



בנוסף, ידוע לי כי הרפואה הינה מדע ביולוגי ואינה מדע מדויק, ויתכן ויופיעו תופעות לוואי או תסמינים אשר אינם מוכרים עד כה ואשר לא תוארו עד כה בספרות הרפואית הנובעים מהטיפול העיקרי.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או הרדמה איזורית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה: והסיבוכים האפשריים של הרדמה איזורית, לרבות: דימום, תחושת נימול ועד פגיעה עצבית.

הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה לפני ואחרי הטיפולים. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי יעשה ע"י ד"ר אכי פרידמן.

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 מתחייבת/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: _____

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחולטין**. הבנתי כי **איני זכאי** לקבל החזר כלשהו מקופת החולים בגין טיפול זה. ידוע לי כי גם החזרים מחברות הביטוח הפרטיות הינם כפופים לפוליסת הביטוח של כל אדם והרופא ו/או מי מטעמו אינו אחראי ו/או צד לענין זה ו/או גורם משפיע בנושא זה.

שם המטופל: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

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

ד"ר אכי פרידמן _____