



טופס הסכמה מדעת ומרצון

הסרת נגע / שומה / יבלת / כלי דם עורי

אני הח"מ, שם מטופל: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז.: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אכי פרידמן /או מי מטעמו על הסרה של נגע באזור _____ בשיטה _____ (להלן "הטיפול העיקרי").

הסרת נגע בעור או ברקמה התת עורית נעשית לצורך אבחנה, טיפול, שיפור מראה אסתטי או נוחות. הנגעים יכולים להיות שפירים או בעלי תכונות ממאירות. בחירת השיטה להסרת הנגע תלויה בגודל הנגע, צורת בסיסו, מראהו ומיקומו בגוף, ובאם קיים חשד לממאירות. בכל מקרה של הסרת נגע עשויה להיווצר צלקת.

השיטות המקובלות להסרת נגע הן: כריתה כירורגית, צריבה במחט חשמלית, צריבה בלייזר או הקפאה בחנקן נוזלי. השיטה להסרת הנגע נבחרת בהתאם לסוג הנגע ולהתוויות המקובלות.

במקרים של כריתה כירורגית עם תפירה הוצאת התפרים מתבצעת בד"כ כשבועים לאחר הפעולה בהתאם לאזור הכריתה. במקרים בהם לא מתבצע שיחזור (תפירה) של שולי הכריתה, נותר פצע הניתוח פתוח לריפוי משני שנמשך, בדרך כלל, מספר שבועות. צורת הצלקת הנותרת תלויה באזור בו בוצעה הכריתה, מבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה.

הסרת הנגע מתבצעת, בדרך כלל, בהרדמה מקומית או בהרדמה אזורית. ידוע לי / לא ידוע לי על רגישות כלשהי לחומרי הרדמה. פרט: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. הובהר לי שבכל מקרה תיוותר צלקת באזור ממנו הוסר הנגע. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים, אי קליטת המתלה או השתל, צלקות בולטות, שינויים בפיגמנטציה ופגיעה בעצבים פריפריים. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, הסרת הנגע בשלמותו או ברובו, וכן על צורת הצלקת. הוסבר לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשריות להסרת הנגע, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הבדיקות והתהליכים הקשורים בהן, והתאמתן לנגע הספציפי. כמו כן הוסבר לי יתרונה של השיטה שנבחרה להסרת הנגע על פני החלופות האפשריות.

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 את הסכמתי לבצוע הטיפול העיקרי.

האם הינך סובל/ת מאחד או יותר מהדברים המופיעים לעיל:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> קוצב לב, משאבת לב או כל שתל אלקטרוני / מתכתי |
| <input type="checkbox"/> זיהום בקטריאלי או וירלי או פטרייתי, מקומי או כללי |

- הריון והנקה
- הפרעה במערכת החיסון או טיפול המדכא את מערכת החיסון מכל סוג שהוא
- היסטוריה של צלקות קלואידיות (keloid scarring)
- שימוש באיזוטרטינואין (Isotretinoin) במהלך 12 החודשים האחרונים
- סקלרודרמה (טרשת רקמת החיבור)
- טיפולי הקרנות ו/או כימוטרפיה
- כוויות באזור הטיפול
- ריפוי לא תקין של העור באיזור הטיפול או סיפור רקע כזה בעבר
- גוון עור כהה
- התוויות נגד אפשרויות אחרות עשויות לכלול פיגמנטציה בלתי סדירה של העור (lentigo maligna, melanoma, acanthuses nigricans) חזזית ליכן פלנוס, ויטיליגו או פסוריאזיס, או כל בעיה אחרת המתאימה לתיאור זה.
- כל בעיה רפואית אחרת שלא נשאלת והינך יודע/ת עליה כעת או בעבר _____

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.

תאריך: _____ חתימת המטופל: _____

במידה והטיפול הינו פרטי:

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין** והינו כרוך בתשלום. הנני מתחייב להסדיר את התשלום לפני או מיד לאחר הטיפול. ידוע לי כי התשלום הינו עבור כל טיפול בנפרד. 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: _____

במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש:

שם האופטרופוס (קירבה) _____ חתימת האופטרופוס _____

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



ד"ר אכי פרידמן _____