



## טופס הסכמה מדעת ומרצון

### לטיפול מטרש (סקלותרפיה) 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, \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.לידה \_\_\_\_\_

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 הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בניסיונות המקרה לרבות ניתוח וטיפול בלייזר, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצבי. הוסבר לי התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, וכן הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הורידים/ים 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 להיוותר פגם אסתטי באזור/י ההזרקה.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים 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.

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/ בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.



אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי ד"ר פרידמן ו/או מי מטעמו.

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 עצביו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה עלידי 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](http://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 הנני מתחייב/ת להסדיר את התשלום עבור פעולה זו מיד עם חתימתי על מסמך זה על פי התנאים שנקבעו ביני לבין ד"ר אכי פרידמן ו/או מי מטעמו.

חתימת המטופל \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחולטין** וכרוך בתשלום. הנני מתחייב/ת להסדיר את התשלום עבור כל טיפול 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: \_\_\_\_\_

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.

ד"ר אכי פרידמן \_\_\_\_\_

