

טופס הסכמה לטיפול בנימי דם בטכנולוגיית LP + Dye-VL

אני הח"מ, _____, תאריך לידה: _____ ת.ז.: _____ מבקש/ת מד"ר אכי פרידמן ו/או מי מטעמו לטפל בי בטיפול _____ באזור _____

אודות הטיפול

הטיפולים מיועדים להסרה וטשטוש של נימי דם המכונים בשם קופורוז או כלי דם קטנים שאינם פונקציונאליים (טלאנגיאקטזיות, המנגיומות ואנגיומות) בגוף כולו בין היתר בפנים ובדקולטה ובנימים וורידים עמוקים יותר ברגלים. הטיפולים מתבצעים באמצעות אנרגיית אור/קרן לייזר ומסייעים לשיפור מראה העור ולסגירתם ולספיגתם של כלי הדם השטחיים באיזור הטיפול.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינו. מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. לרוב יש צורך ב 5-1 טיפולים להשגת תוצאה רצויה. לפי מחקרים רפואיים, באחוז נמוך מהמקרים, לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

מהלך הטיפול ותהליך ההחלמה:

הליך הטיפול כרוך באי נוחות: תחושת חום, עקצוץ או כאבים. הטיפול כרוך ביצירת כוויה מבוקרת ועל כן תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, כיום עד יומיים לאחר הטיפול. כלי הדם באיזור הטיפול עשויים להתכווץ מיד לאחר הטיפול. תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים. הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי כגון: שינויים בעור - במרקם העור ובגוון העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כוויה שטחית, גלדים, חבורות זמניות תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. שינויים פיגמנטיים (היפו היפר פיגמנטציה) תתכן חזרה של כלי הדם באיזור הטיפול או באיזורים אחרים חודשים לאחר הטיפול במקרים אלו ניתן לשוב לטיפול חוזר. בעלי גוון עור כהה הינם בסיכון גבוה יותר להתפתחות תופעות לוואי עוריות כמו שינויי גוון והבדלי גוון, כאב נלווה לטיפול ואף צלקות היפו/היפר טרופיות. במקרים של קבלת תגובות יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

הצהרת המטופל/ת

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיבוכים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפלת מוסמכת ובעלת ניסיון. הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו קוסמטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול כלי דם וכי קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול השלכותיו והסיכונים הכרוכים בטיפול ותופעות הלוואי לרבות: אופי ואופן הטיפול, התוצאות המצופות ממנו, לרבות ההיבטים המקצועיים וסייגים המהווים חלק בלתי נפרד מתאום הציפיות. 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 נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי על פי שיקול הדעת של המטפלת/ת. אני מאשר/ת את הסכמתי לפתיחת תיק מעקב טיפולים בו ירשמו ויתועדו נתוני האישיים ונתוני הטיפולים לרבות צילומים של אזור הטיפול, תגובות ותוצאות הטיפולים ומידע אישי (גיל, מין ואנמנזה רפואית, ככל שישנן).

חתימת המטופל/ת:

אני מסכימה/ה בזאת לשימוש בפרטים המזהים של הטיפול על פי הרישומים בתיק הטיפולים, לרבות צילומים של לפני ואחרי, תוך שמירה על צנעת הפרט כיוסי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים.

חתימת המטופל/ת: _____

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת במעקב רפואי שגרת? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י _____
האם הנך נוטלת/ת תרופות דרך קבע או שנטלת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י _____
האם עברת אשפוז/ ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י _____
האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י _____

האם בעבר או בהווה חלית במחלות או היו סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות? סמנ/י ופרט/י

- סרטן על כל סוגיו ו/או שימוש בתרופות נגד סרטן
- היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה
- עור שזוף כתוצאה מחשיפה לשמש או משיזוף מלאכותי בחודש האחרון היפו-פיגמנטציה
- מחלת עור דלקתית (אקזמה, זיהום פעיל בהרפס סימפלקס ועוד...) באזור הטיפול
- היסטוריה של הצטלקות קלואידית
- נטילת איזוטרינואין (רואקוטן) ו/או תרופות פוטוסנסטיביות - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול
- שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort) לטיפול בדיכאון בהווה או בשלושת החודשים שקדמו לטיפול
- שימוש בטרטינואין – Retin A בשבועיים שקדמו לטיפול
- אפילפסיה
- סכרת (עקב רגישות מוגברת וריפוי לא תקין של הפצעים)

הוסברה לי חשיבותה של הקפדה על מילוי אחר ההוראות שניתנו ו/או יינתנו לי ע"י המטפל, בקשר לפרקי הזמן בין הטיפולים והמלצות לאחר הטיפול, בין היתר, כדלקמן:

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל.
- אין להשתמש במים חמים, ג'קוזי או סאונה במשך 72 שעות לאחר הטיפול או לפי הנחיית המטפל.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול, אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לגירוי של העור.
- יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה במשך הטיפול וכן 14 יום לפני ואחרי הטיפול.
- להקפיד על שימוש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה בין 30 – 50 spf
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות- יתר שהופיעה לאחר הטיפול.
- במהלך הטיפול יש להרכיב משקפי מגן, וכי הסרתם מעל עיניי תעשה אך ורק בהוראת המטפל.

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי. אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

לפני חתימתי על מסמך זה הובהר לי כי הנני רשאי/ת לדחות הטיפול וכן את המשך ההליכים הרפואיים עד אשר איוועץ בכל גורם אחר, לרבות קבלת חוות דעת מרופא/ה נוסף/ת, והנני חותמת/ת על מסמך זה לאחר שמיציתי זכות זו ולחילופין לאחר שוויתרתי מרצוני על מיצויה.

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 לפני או מיד עם סיום הטיפול. ידוע לי כי התשלום נעשה עבור כל טיפול בנפרד. הנני מאשר/ת כי הוסבר כי לא ניתן לנבא את תוצאות הטיפול ובמידה ולא אהיה מרוצה לא אהיה זכאי להחזר כספי כלשהו עבור הטיפול שבוצע.

חתימת המטופל _____ תאריך: _____

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין** והינו כרוך בתשלום.

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: _____
שם האפוטרופוס _____ תאריך: _____ חתימה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמ/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם. שם הרופא: ד"ר אכי פרידמן חתימה _____

