

הסכם למתן טיפול רפואי אסתטי ENDOLIFT

שם: _____ משפחה _____ ת.ז. _____
אני החתומה/ה מטה, מבקש/ת לטפל בי בטיפול הבא:

הוסבר לי כי הטיפול האסתטי אותו אעבור נעשה מבחירה, ללא צורך רפואי דחוף. ידוע לי כי הטיפול האסתטי הינו טיפול רפואי וכי ככל טיפול רפואי, הוא עלול להיות מלווה בסיבוכים מיידיים ומאוחרים. ידוע לי כי רפואה וכירורגיה בפרט הם מדע שאיננו מדוייק וכי תואר בפני בקווים כלליים את התוצאה הצפויה אך איננו יכול יכול לצפות באופן מדוייק את התוצאה הסופית. טיפול Endolift הוא פעולה פולשנית – מינימלית אשר מיועדת למיצוק העור ולשיפור האלסטיות והמסת השומן התת עורי באזור הפעולה. הטיפול אושר ע"י FDA ומשרד הבריאות הישראלי.

השיטה מתבצעת ע"י סיב אופטי עדין מאוד החודר לתוך שכבות העור. האנרגיה של סיב הלייזר גורמת לכיווץ העור ולעיבוד וסטימולציה של קולגן בשכבות העור. הפעולה מאפשרת לעור להפוך לעבה יותר ומאפשרת להמיס שומן תת עורי באזור בו בוצעה הפעולה.

התוצאה הסופית של הטיפול היא לאחר כ-3 חודשים ומתמשכת עד כחצי שנה ונשמרת כשנה.
* לעיתים רחוקות וע"פ שיקול דעת של רופא ניתן לחזור על פעולה בעוד 6 חודשים.

- במהלך תקופה לאור התוצאות יכולות להראות פחות טוב מאשר מיד לאחר טיפול זה תהליך תקין לחלוטין ומוסבר כתוצאה מתהליך פינוי השומן התת עורי שנפגע כתוצאה מהטיפול.

תופעות לוואי וסיבוכים

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, שטפי דם ונפיחות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור בו יעשו חתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.
אני מבין כי לא נתן לצפות צלקות כאלו מראש. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, חוסר סימטריה, אבדן תחושה והגבלה בתנועה. קראתי את טפסי ההסכמה ואני מודע/ת לסיכונים היחודיים הקשורים לטיפול אותו אקבל. התגובות העשויות להתקבל לאחר הטיפול הן:

- נפיחות זמנית
- המטומה – שטף דם
- נירופרקסיה - סיבוך נדיר התרחש בעקבות פגיעה בעצב הפנים.
- כאב קל ומקומי

יש לציין שהתגובות הללו זה לא סיבוכים של הטיפול, אלא תגובה זמנית כתוצאה בהתערבות במקום הטיפול.
הטיפול ינתן לאחר בדיקת הרופא המבצע וע"פ שיקול דעתו.

הסכמה להרדמה

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית לצורך הטיפול.

חובת גילוי מלא של היסטוריה רפואית על ידי המטופל/ת

הוסבר לי כי עלי לידע לגבי כל בעיה רפואית המפורטת בטופס הצהרת הבריאות אותו מלאתי, עלי לדווח גם על טיפולים תרופתיים הומאופטיים, משלימים ואחרים בהם אני מתשתמש/ת, על כל הטיפולים/ניתוחים האסתטיים שעברתי כולל הזרקה של חומרי מילוי לפנים או אזור אחר בגוף, טיפול נפשי פסיכולוגי או פסיכיאטרי, שיחות, תרופות או טיפול באשפוז שאני מקבל/ת עכשיו או קבלתי בעבר.

ידוע לי כי התוצאות של טיפול אסתטי הן מוגבלות בזמן וכי הטיפול האסתטי לא עוצר את תהליך הצניחה וההזדקנות הטבעיים של גוף האדם.

הוסבר לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום לנזק בלתי הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע לי כי במהלך תקופת הסמכה לטיפול חובה עלי לידע את הרופא לגבי כל בעיה הקשורה לטיפול תוך עד 24 שעות מגילוי הבעיה.

האם הינך סובל/ת ממצבים / מחלות / תופעות הבאות:

- הזרקות סיליקון , טיפול בחוטים ב-90 ימים אחרונים ? כן / לא
- האם קיימת רגישות לאור ? כן / לא
- האם קיימת דלקת באזור הטיפול ? כן / לא
- האם את בהיריון ? כן / לא
- האם את מניקה ? כן / לא
- האם הינך סובל/ת ממחלות אוטואימוניות או סרטן ? כן / לא
- האם הינך סובל מבעיות בקרישות הדם ? כן / לא
- האם הינך נוטל טיפול לדילול הדם ? כן / לא
- האם קיימת לך נטייה להיווצרות צלקות קלואידיניות ? כן / לא
- האם קיימת אלרגיה ___ חומר אלחוש ? כן / לא

טיפול פולשני מינימלי

אני מבין כי מקצועות הרפואה והכירורגיה אינם מדע מדויק ולמרות שהליכים אלה יעילים במרבית המקרים אין ערבות לתוצאות. אני מודע לכך שעלולים להיווצר פגמים ושהתוצאות בפועל עשויות לא לעמוד בציפיותי .

אני מבין כי התוצאות הקליניות המיטביות עשויות להתקבל עד כחצי שנה לאחר ההליך, התוצאות הן אינדיבידואליות, עשויות להיות שונות ממטופל למטופל ותלויות גיל .

למרות שהדבר אינו שכיח, עצבים מוטוריים או תחושתיים עלולים להיפגע במהלך הטיפול ולגרום לחולשה זמנית או לאיבוד זמני של תנועות הפנים . פגיעות מוטוריות משתפרות בדר"כ במשך הזמן .

פגיעה בעצבי התחושה בפנים, בצוואר ובאזור האוזניים עלולה לגרום לחוסר תחושה זמנית או לעיתים רחוקות אף קבועה . יתכן כי אחוש אי נוחות במהלך או/אחרי הטיפול. חבורות או/נפיחות עלולות להופיע אחרי הטיפול יחד עם זאת הם יחלפו תוך ימים/שבועות או חודשים.

עלולה להופיע אדמומיות זמנית באזור המטופל, הצטלקות היא נדירה אך אפשרית .

זיהום או דבר נדיר אך אם יופיע עלול להידרש טיפול אנטיביוטי או/ניתוחי.

תיעוד

אני מסכים שיצלמו תמונות קליניות לפני/במהלך ואחרי הטיפול בי. אני מבין כי תמונות אלה מהוות חלק חשוב מהתיק הרפואי שלי. בנוסף לכך, אני מסכים לשימוש בתמונות אלה ללא חשיפת זהותי לצורך חינוך מטופלים עתידיים מצגות מקצועיות קליניות ועיתונים רפואיים .

חובת טיפול בהתאם להנחיות הרופא

הוסבר לי כי לאחר כל טיפול בפנים ובגוף יש להמנע מחשיפה ישירה לשמש למשך שנה מהטיפול . ידוע לי כי לאחר הטיפול עלי לפעול בהתאם להנחיותיו של הרופא או מי שהוסמך על ידו.

אופי ותוצאות ההליך, הסיכונים, ההשלכות הסיבוכים כמו גם שיטות טיפול חלופיות הוסברו לי באופן מלא ואני מבין אותם. שוחחו איתי גם על יתרונות ההליך המוצע יחד עם האפשרות להצלחה, ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות וקיבלתי תשובות מספקות .

אני מאשר כי קראתי את האישור לעיל והבנתי אותו במלואו.

תאריך: _____

חתימת המטופל/ת: _____ חתימת הרופא: _____