

טופס הסכמה להזרקת רעלן בוטוליניום (בוטוקס) לטיפול בקמטים

Botulinum Toxin (Botox) Injection for Wrinkles

הזרקת רעלן הבוטוליניום (מוחלש ומזוקק) בכמויות קטנות לשרירי ההבעה בפנים, גורמת לשיתוק או החלשת שרירים אלה. טיפול זה מיועד לשפר את המראה של קמטי הבעה מסוימים בפנים ומכוון בעיקר לשימוש בחלק העליון של הפנים.

ברוב המקרים ניתן לראות שיפור תוך זמן קצר ועד שבועיים מיום ההזרקה. השפעת החומר המוזרק נעלמת תוך 3 עד 6 חודשים. הזרקות חוזרות עשויות להאריך את השפעת החומר לפרקי זמן ממושכים יותר ולשפר קמטים עמוקים יותר. הטיפול מתבצע ללא הרדמה.

שם המטופל/ת:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה שקיבלתי הסבר מפורט מד"ר:

שם משפחה שם פרטי

להלן "הרופא המטפל". על הזרקת רעלן הבוטוליניום (בוטוקס) לקמטים באזור:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ידוע לי שהרופא המטפל הינו רופא שיניים בהתמחותו.

הוסברו לי ואני מבין/ה את דרכי הטיפול החלופיים האפשריים בנסיבות המקרה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של ההזרקות לרבות כאב ואי נוחות באזור ההזרקה, דימום מקומי ו/או תת עורי במקום ההזרקה (המטומה) וזיהום מקומי. תופעות אלה חולפות תוך פרק זמן של מספר ימים.

הוסברה לי האפשרות שבעקבות הזרקת הבוטוקס באזור המצח תופיע חולשה חולפת וצניחת עפעפיים, כפל ראייה או טשטוש ראייה, שעלולים להמשך מספר חודשים. כמו כן הופעת תחושת חולי, לאחר ההזרקה, דמויית שפעת, חולשה, כאבי ראש ואף חום הנמשכים מספר ימים. במקרים נדירים מאוד, דווח על הופעת חולשת שרירים גם באזורים מרוחקים מאזור ההזרקה כמו הפרעות בליעה, דיבור או נשימה, חולשת גפיים ואי שליטה על מתן שתן וכן הפרעות בקצב לב.

הטיפול אסור בנשים הרות או מניקות או בנשים מתכננות הריון בששת החודשים הקרובים למועד הטיפול.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

אני מאשר בזאת כי הצגתי בפני המטופל/ת את עובדת היותי רופא שיניים וכן הסברתי למטופל/ת את כל האמור לעיל, בפירוט הנדרש, והוא/היא חתמ/ה על ההסכמה בפני לאחר שהשתכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

תאריך