

הסכמה לקילוף עור בלייזר

מטרת הטיפול הינה להסיר את השכבה השטחית של העור תוך ביצוע כווייה מבוקרת. הטיפול מסיר חלק מכתמי הצבע בעור, מבצע מתיחה קלה של העור ומשפר מראה קמטים שטחיים ובינוניים. הטיפול אינו מסלק קמטים וחריצים גדולים. ניתן לבצע את הטיפול כחלק מניתוח מתיחת פנים.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על קילוף עור בלייזר באזור: כל הפנים סביב הפה מתחת לעיניים אחר: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, נפיחות באזורים המטופלים ובסביבתם, הפרשות, יובש בלחמית או דמעת; שטפי דם תת עוריים, אודם בעיניים ותחושת גרד בעור. הוסבר לי כי בדרך כלל האזור המטופל יהיה אדום מאוד במשך כששה שבועות ולאחר מכן הצבע האדום יטשטש בהדרגה במשך מספר חודשים. במצב הסופי העור יהיה בהיר יותר ביחס לסביבה ושונה מהצוואר שלא נתן לבצע בו טפול זה. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום חיידקי או נגיפי (הרפס), רגישות יתר למשחות (אלרגיה), הופעת ציסטות באזור בלוטות החלב, צלקות, יתר צבענות (היפרפיגמנטציה) או חסר צבענות (היפופיגמנטציה) באזורים המטופלים.

הוסבר לי כי במהלך השנה לאחר הטיפול עלי להימנע מגירוד או משיזוף של האזור המטופל וגם בהמשך יהיה עלי להשתמש באופן קפדני במסנני קרינת שמש. הוסבר לי שהטיפול איננו עוצר את תהליך ההזדקנות הטבעי של העור.

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מסכים/מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי



עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך-כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

_____ תאריך: _____ שעה: _____

_____ חותמת וחתימה