



פילינג - כימי

הסכמה לקילוף עור (פילינג) כימי

מטרת הטיפול הינה להסיר את השכבה השטחית של העור תוך ביצוע כווייה מבוקרת באמצעות חומר הטיפול מסיר את רוב כתמי הצבע בעור, מבצע מתיחה קלה של העור ומשפר מראה קמטים שטחיים (בהתאם לסוג התמיסה שבשימוש). הטיפול אינו מסלק קמטים וחריצים גדולים. ניתן לבצע את הטיפול מניתוח למתיחת פנים. הטיפול מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה

ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מד"ר _____ פילינג כימי באזור _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי נפחות באזורים המטופלים ובסביבתם, הפרשות, יובש בלחמית או דמעת; שטפי דם תת עוריים, אודם ותחושת גרד בעור. הוסבר לי כי בדרך כלל האזור המטופל יהיה אדום מאוד ושונה מהצוואר במשך שבועות ולאחר מכן הצבע האדום יטשטש בהדרגה במשך מספר חדשים, ובמצב הסופי העור עלול להיות יותר ביחס לסביבה. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום חיידקי או וירלי (הרפס), רגישות למשחות (אלרגיה), הופעת ציסטות באזור בלוטות החלב, **צלקות**, לעיתים קלואידיות (אדומות ומגרדות), עודף צבע (פגמנטציה) או חסר צבע באזורים המטופלים כמו גם תופעות של רעילות החומר. לי כי במהלך השנה לאחר הטיפול עלי להימנע מגירוד או משיזוף של האזור המטופל וגם בהמשך יהיה להשתמש באופן קפדני במסנני קרינה. אני יודע/ת שטיפול זה איננו עוצר את המהלך הרגיל של הזדקנות הפנים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב מערכת הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. הוסבר לי כי 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 סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש בטיפול מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ תאריך: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה

אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם: חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____
