

## טופס הסכמה: הזרקת בוטולינום לטיפול בקמטים

### *Botulinum toxin injection for wrinkles*

ההזרקה מיועדת לטיפול קוסמטי זמני בקמטים באזורים מוגדרים בפנים. הזרקת רעלן הבוטולינום בכמויות קטנות גורמת להחלשה או לשיתוק של שרירי ההבעה בפנים, להם הזרקת החומר. כך ניתן להשיג שיפור במראה הקמטים שנוצרים כתוצאה מפעולת השרירים (קמטים דינאמיים). לעיתים קיים גם שיפור בקמטים הקיימים במנוחה. ברוב המקרים ניתן לצפות בשיפור תוך שבוע. חזרת הקמטים, בעקבות חזרת פעילות השרירים שלתוכם הזרקת החומר ועימם הקמטים, מתרחשת בהדרגה, תוך מספר חודשים. הזרקה נוספת לאחר חזרה של פעולת השריר, ובהמשך במועדים מתאימים ובדרך כלל ברווחי זמן ההולכים ומתארכים, עשויה לשמר את תוצאות הטיפול וכן לשפר קמטים עמוקים יותר.

שם המטופל/ת	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	גיל
מס' ת"ז / דרכון	מען	טלפון			

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ על הזרקת בוטולינום כטיפול קוסמטי לקמטים באזור \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי כי במרבית המקרים צפוי שהטיפול העיקרי יביא לשיפור הקמטים. כמו כן הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה: פילינג לסוגיו, הזרקת חומרי מילוי לטיפול בקמטים או כירורגיה פלסטית לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה. הוסבר לי כי הזרקת בוטולינום לטיפול בקמטים נמצאת בשימוש נרחב בעולם. האישור בארץ לטיפול בקמטים ניתן לבני 65 ומטה, לשרירים המצויים בשורש האף ובאזור המצח בין הגבות. **הטיפול אסור בנשים הרות**

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: דימום מקומי, כאב באזור ההזרקה וכאבי ראש. כמו כן הוסבר לי כי בעקבות הזרקת הבוטולינום עלולה להתפתח חולשת שרירים מקומית באזור ההזרקה שתתבטא, בצניחת עפעפיים, גבות, חולשה בזווית הפה ובעקבות זאת אסימטריה חולפת במימיקה ובחיך בהתאם לאזור המוזרק. פגיעה חולפת זו עלולה להמשיך עד מספר חודשים.

במקרים נדירים ביותר דווח על חולשה גם באזורים מרוחקים מאזור ההזרקה, כמו הפרעת בליעה או חולשה בגפיים.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת/לא ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה ושל קמטי הפנים לפני ואחרי הטיפולים. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי יעשה ע"י ד"ר \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסכמתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמ/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינ/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת רופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_