

טופס הסכמה: הזרקת בוטוליניום בטיפול בקמטים

BOTULINUM TOXIN INJECTION FOR WRINKLES

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ИНЪЕКЦИИ ТОКСИНА БОТУЛИНА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ МОРЩИН

Описываемая методика является одним из вариантов косметического лечения, предназначенного для разглаживания морщин. Введение малых доз токсина ботулина приводит к ослаблению или параличу мимических мышц лица, и таким образом удается достигнуть разглаживания морщин, которые образуются в результате деятельности этих мышц. При этом улучшение распространяется иногда и на те морщины, которые сохраняются и в состоянии покоя. В большинстве случаев можно ожидать улучшения через неделю после инъекции. Восстановление активности мышц, в которые был введен токсин, и, как следствие этого, повторное появление исчезнувших ранее морщин происходит обычно через 3-6 месяцев. В этот период необходимы повторные инъекции токсина. При проведении подобного систематического лечения возможно удлинение промежутков между инъекциями, при этом эффективность лечения обычно увеличивается. Таким путем удается добиться разглаживания и более глубоких морщин.

Процедура обычно проводится без обезболивания, иногда используется только местное наружное обезболивание.

Данные больного _____
 שם משפחה שם פרטי שם האב .י.ת.
 фамилия имя имя отца номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора _____

שם פרטי שם משפחה
 имя фамилия

об инъекции токсина ботулина в косметических целях для устранения морщин в области _____ (в дальнейшем: «основное лечение»).

Мне объяснено, что в большинстве случаев основное лечение является эффективным и приводит к улучшению.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных в моем случае альтернативных методах лечения, включая различные виды пилинга, инъекции веществ-наполнителей или пластические хирургические вмешательства. Я получил/а также объяснения в отношении опасностей и осложнений, связанных с каждым из этих методов.

Мне известно, что инъекции токсина ботулина широко используются во всем мире в течение 10-15 лет для устранения морщин, однако в Израиле на их применение с указанной целью до сих пор нет разрешения Министерства Здравоохранения.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что я осведомлен/а о побочных явлениях основного лечения, включая местное кровотечение, боль в области инъекции и головную боль. Кроме того, мне объяснено, что в результате введения токсина ботулина может развиться слабость мышц в области инъекции. Эта слабость проявляется, в зависимости от места инъекции, в опущении век, бровей, в слабости мышц угла рта и, вследствие этого, в преходящей асимметрии мимики лица и улыбки. Эти изменения являются временными и могут продолжаться до нескольких месяцев. Имеются сообщения об очень редких случаях, когда мышечная слабость проявляется в отдаленных от места инъекции участках тела, при этом возможны нарушения глотания и слабость в конечностях.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я даю/не даю* согласие на выполнение фотоснимков, иллюстрирующих процесс

ט' 2004 /DERMA/PSURG/0000/0125 דצמבר

инъекции и состояние морщин до и после лечения. Мне объяснено, что эти фотографии будут использоваться исключительно для исследовательских целей, для обучения и клинического наблюдения.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
 האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית
 החברה הישראלית לכירורגיה דרמטולוגית

Мне известно и я согласен/согласна с тем, что основное лечение будет проведено доктором

שם הרופא/ה: _____
 фамилия врача

Я даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; мне также известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызывать нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

подпись больного

חתימת החולה

час

שעה

дата

תאריך

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/больной, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון

נומר лицензии

חתימת הרופא/ה

подпись врача

שם הרופא/ה

фамилия врача

