

**טופס הסכמה: הזרקת בוטוליניום בטיפול בקמטים**  
**BOTULINUM TOXIN INJECTION FOR WRINKLES**  
**إستمارة موافقة: الحقن بالسّم الوشّيقى لمعالجة التجاعيد**

אעדّ العلاج لمعالجة تجميلية للتجاعيد . إن الحقن بالسّم الوشّيقى بجرعات صغيرة يؤدي إلى ضعف عضلات التعبير في الوجه أو شلها، وهكذا من الممكن أن يحصل تحسن في مرأى التجاعيد التي تتكوّن نتيجة نشاط العضلات . هناك تحسن، أحياناً، في التجاعيد القائمة، بالراحة، أيضاً . من الممكن توقع التحسن، في معظم الحالات، خلال أسبوع . إن عودة نشاط العضلات التي حُقنت بالمادة ومعها التجاعيد يتمّ خلال 3-6 أشهر . إن حقنًا إضافيًا، في هذه المرحلة، ولاحقًا، في مواعيد مناسبة، وعادة، بفروق زمنية أخذة بالاتساع، من الممكن أن يُحافظ على العلاج وأن يُحسن تجاعيد عميقة أكثر . يتمّ العلاج، عادة، من دون تخدير، وفي أحيان متباعدة، بواسطة تخدير خارجي موضعي، فقط.

اسم المعالج/ة / שם המטופל/ת:

اسم العائلة / משפחה	اسم الشخصي / שפטי	اسم الأب / שם האב	تاريخ الولادة / תריך לידה	السن / גיל
رقم الهوية / جواز السفر / מס' ת"ז / דרכון	العنوان / מנוח	الهاتف / טלפון		

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحًا شفويًا مفصّلًا من الدكتور \_\_\_\_\_  
 اسم العائلة / שם משפחה      الاسم الشخصي / שפטי

عن الحقن بالسّم الوشّيقى كعلاج تجميلي لتجاعيد في ناحية \_\_\_\_\_ (في ما يلي: "العلاج الأساسي").

وُضّح لي أنه، في غالبية الحالات، من المتوقع أن يؤدي العلاج الأساسي إلى تحسن التجاعيد . كما وُضّحت لي طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة : نقشير الجلد بأنواعه، الحقن بموادّ تعبئة أو الجراحة البلاستيكية، بما في ذلك الاحتمالات والمخاطر في كل واحد من هذه الإجراءات .  
 وُضّح لي أن الحقن بالسّم الوشّيقى لمعالجة التجاعيد مُستخدم على نطاق واسع، عالميًا، منذ 10-15 سنة، غي أنه لم يعط، حتى الآن، ترخيص للحقن به من قبل وزارة الصحة في إسرائيل .

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبية للعلاج الأساسي بما فيها : النزيف الموضعي، الألم في ناحية الحقن، وآلام الرأس . كم وُضّح لي أنه من الممكن - إثر الحقن بالسّم الوشّيقى - أن يتطوّر ضعف موضعي في ناحية الحقن، يتمثل - حسب الناحية المحقونة - : بهبوط في الجفنين، في الحاجبين، بضعف في زاويتي الفم، وفي أعقاب ذلك، بلائسائل عابر في تعبير الوجه والابتسام. إن هذا الضرر العابر من الممكن أن يستمرّ حتى عدة أشهر .  
 بُلّغ - في حالات نادرة جدًا - عن ضعف في نواح بعيدة عن ناحية الحقن، أيضًا، كإعاقة في البلع أو ضعف في الأطراف .

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العلاج الأساسي .  
 تُعطى / لا تُعطى موافقتي بهذا على إجراء تصوير (بالكاميرا) للحقن ولتجاعيد الوجه قبل العلاجات وبعدها . وُضّح لي أن هذا التصوير سيعتمد للبحث، للتعليم، والمتابعة الطبية، فقط.

أنا أعلم وأوافق على أن يُجرى العلاج الأساسي بيد الدكتور \_\_\_\_\_ .

التاريخ / תריך	الساعة / השעה	توقيع المعالج/ة / חתימת המטפל/ת	חתימת/ת
----------------	---------------	---------------------------------	---------

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمعالج / ة الوارد أعلاه كلّه، بالتفصيل المطلوب، وبأنّه / ها وقّع / ت على الموافقة أم امي، بعد أن اقتنعت بأنه / ها فهم / ت شروحي كاملة .

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה	رقم الرخصة / מס' רשיון
---------------------------	--------------------------------	------------------------



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
 האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית  
 החברה הישראלית לכירורגיה דרמטולוגית