

## טופס הסכמה לטיפול בחומצה היאלורונית

הוסברו לי והבנתי את אופי ומטרת הטיפול במוצרי \_\_\_\_\_

עניתי למיטב ידיעתי על כל השאלות הנוגעות להיסטוריה הרפואית והקוסמטית שלי.  
ניתנה לי האפשרות לשאול את כל השאלות שרציתי וקיבלתי מענה מספק לשאלותיי.  
הובאו לידיעתי הנושאים הבאים:

- חומצה היאלורונית הינה ג'ל שקוף, הומוגני, הנספג בגוף ואינו מופק מבעלי חיים נמצא בשימוש קליני מזה שנים רבות.
- מוצרים אלו מוזרקים לתוך העור לטיפול בקמטים ו/או שפתיים, כמו גם להגברת הלחות והאלסטיות בעור.
- כמו כן יידע אותי הרופא המטפל כי תוצאת הטיפול בקמטים ובשפתיים נשמרת בממוצע לפרק זמן של 6 עד 12 חודשים. משך הזמן תלוי באזור המטופל, סוג העור, טכניקת ההזרקה, כמות החומר שהוזרק וגורמים אינדיבידואלים כגון סגנון חיים. משך ההשפעה באזור השפתיים עשוי להיות קצר יותר.
- מעקב אצל הרופא המטפל לאחר מספר שבועות יכול לסייע בשמירה על רמת התיקון הרצויה.
- נאמר כי לי לאחר ההזרקה ייתכנו מספר תגובות ותופעות לוואי נפוצות הקשורות להזרקה. תגובות אלו כוללות אדמומית, נפיחות וכאב קל במקום ההזרקה. בדרך כלל תופעות אלו הן קלות וחולפות באופן ספונטאני ימים ספורים מתום ההזרקה.
- ייתכנו גם שטפי דם קלים באזור ההזרקה ודווח גם על מיקרים נדירים ביותר של שינוי צבע העור, הופעת זיהום ורגישות יתר באזור ההזרקה.
- במידה והתופעות אינן חולפות תוך שבוע ובמידה ומופיעה כל תופעה בלתי רצויה אחרת, יש ליידע את הרופא המטפל בהקדם האפשרי.
- קיבלתי הוראות כיצד יש לנהוג לאחר הטיפול.

הנני מאשר/ת בזאת את הטיפול:

שם המטופל/ה \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

מדבקות אצווה: