

טופס הסכמת מטופל לטיפול באמצעות חוטים נספגים

הרופא יחדיר לעורך בעזרת מחט דקיקה חוט העשוי מפולידיאוקסנון לאחר שהוא חומר נספג המצוי בשימוש שנים רבות כחוט תפירה רפואי נספג. ישנם מחקרים רבים על בטיחותו של הפולידיאוקסנון והתאמתו לריקמה חיה. החוט נספג לאחר שישה עד שמונה חודשים. הטיפול מיועד לעיצוב תווי הפנים והגוף, למניעת הזדקנות מוקדמת ולמיצוק העור. התוויות עור רפוי וחסר חיוניות, קמטים וקמטוטים, צניחת הלחיים ואזור הסנטר, צניחת גבות, דלדול רקמת הצוואר. בנוסף, ניתן לטפל בעזרת החוטים בצלוליט, לעצב את קווי הגוף ולשפר מרקם עור לא אחיד לאחר שאיבת שומן

התוויות נגד מחלות אוטואימוניות, מחלות גופניות חמורות, יתר לחץ דם בדרגה בינונית וקשה, מחלת לב כלילית, המופיליה, מחלות ממאירות, מחלות דלקתיות של העור באזור הטיפול. במידה ובאזור הטיפול הושטלו בעבר שתלים או חומרי מילוי בלתי מתפרקים ביולוגית הרופא עשוי להחליט שלא לטפל כך בחוטים מחשש לגירוי הריקמה. נטייה לצלקות קלואידיות וצלקות היפרטרופיות, מחלת חום, הריון והנקה גם הם התוויות נגד. תגובות מקומיות: שטף דם, כאב, נפיחות מקומיות, אדמומיות.

אי נוחות במהלך הטיפול – הטיפול כולל החדרה של עשרות מחטים דקות לתוך העור. לפי החלטת הרופא הוא עשוי להשתמש באילחוש.

תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים: במקרה ואתה סובל מכשל חיסוני ייתכנו אלרגיות ודחיית החוטים על גופך. לעיתים נדירות זיהום עלול להיגרם והרופא עשוי לרשום לך אנטיביוטיקה. במידה ואתה סובל מנפיחות, כאב רב באזור הטיפול, רגישות ואדמומיות הנמשכים במשך יותר מחמישה ימים חשוב לפנות לרופא המטפל.

צלקות – במקרים נדירים ביותר עלולים להיווצר צלקות באזור הטיפול. דימום – במידה ונרשמו לך תרופות מדללות דם כגון: אספירין, קומדין ואחרים מומלץ להתייעץ עם הרופא באם להפסיק את השימוש בהן מספר ימים לפני הטיפול.

גרנולומות – במקרים נדירים מאוד הגוף עלול לדחות את החוטים ולכן התקשות, גושים ואדמומיות קבועה יכולים להופיע במקום הטיפול. גרנולומה ניתנת לטיפול. פיגמנטציה – כמו בכל טיפול רפואי באזור הפנים ישנו סיכון להיווצרות כתמי עור ולכן מומלץ מאוד להשתמש בקרם עם מקדם הגנה גבוה מהשמש למשך חודש לאחר הטיפול. הדבר יקטין משמעותית את הסיכון לפיגמנטציה. שקעים בליטות \ אסימטריה – ניתנים לתיקון פשוט על ידי הרופא. חוט בולט – לעיתים רחוקות החוט שהוחדר אינו מתמקם בצורה נכונה בעור ולכן עלול לבלוט מתוכו. במקרה כזה הרופא ישלף את החוט ממקומו.

אני() _____, שם ושם משפחה מלא

ת.ז. _____ נותן את הסכמתו לטיפול רפואי בעזרת חוטים נספגים על ידי הרופא:

אני מאשר כי הרופא שלי הסביר לי בפירוט את ההתוויות ואת התוויות הנגד של השימוש בחוטים נספגים כפי שפורטו לפני והטיפול עצמו.

קיבלתי מידע מפורט ותשובות לכל שאלותי. הרופא הסביר לי כי מיד לאחר ההליך באזור ההזרקה עשויים להופיע נפיחות, אודם ורגישות של העור, עקצוצים וייתכנו גם שטפי דם. תגובות אלו הינן נורמליות והן חולפות תוך 3 (נפיחות, אודם, רגישות) עד 7-10 ימים) שטפי דם.

הרופא הסביר לי כי החומר יישאר ברקמות ויעבור תהליך פירוק וספיג, אשר במהלכם ייספג במלואו.

טיפולם תקופתיים חוזרים יכולים לשמר ולשפר את התוצאות. המלצות הגבלה של פעילות שרירי הפנים \ איזור הטיפול עד 7 ימים, להימנע מפעילות גופנית אשר עלולה להפעיל לחץ על איזור הטיפול ובכך לפגוע בהשפעתם וביכולת הריפוי של החוטים, להימנע משינויים פתאומיים בטמפרטורה, ביקור בסאונה, בחמאם, בחדרי שיזוף במשך שבועיים, לא להשתמש באיפור במשך 12 שעות, במידה וישנו כאב באיזור החדרת החוט מומלץ לעסות בעדינות רבה את האיזור בתנועה מעגלית. קיבלתי מידע מלא ואת כל ההסברים הנדרשים. הנני מתחייב(ת) למלא את כל ההמלצות. בכל מקרה, הוזהרתי כי אי ציות להמלצות ישחרר את הרופא מכל אחריות לכל תוצאות שליליות של הטיפול. בחתימתי אני מאשר(ת) את הסכמתי לטיפול בחוטים נספגים באזור

הנני מאשר(ת) שבאזורים אלו לא קיבלתי הזרקות של חומרים אחרים. אחרת, לאחר שקיבלתי מהרופא את כל ההסברים, אשא באחריות אישית על כל ההשלכות. הנני מאשר(ת) כי לא ידוע לי על רגישות לחומרי הרדמה מסוג לידוקאין, אולטרקאין וכו'. אני נותנת את הסכמתי לעריכת צילומי ביקורת לפני ואחרי ההליך להערכת התוצאות. הרופא הזהיר אותי והנני מבין(ה) כי במהלך הטיפול ולאחריו ייתכנו השלכות וסיבוכים בלתי צפויים. הרופא מאשר בחתימתו כי הוא בעל הסמכה מתאימה לביצוע טיפול זה

תאריך _____ שם מטופל(ת) _____

חתימת המטופל(ת) _____

חתימת הרופא _____