

מס' זהות:	שם משפחה:
שם פרטי:	שם האב:
תאריך לידה:	כתובת:
מדבקת פרטי מטופל	
טלפון:	

טופס הסכמה: לטיפול מטרש (סקלרותפיה) בורידי הרגליים SCLEROTHERAPY

אחת השיטות לטיפול בורידיים מורחבים ("דליות") ובורידונים ("נימים") בולטים בעור הינה הזרקת חומר מטרש לוריד. קיימים כיום מספר חומרים המשמשים למטרה זו. הטיפול שהינו קוסמטי בעיקרו, כולל סדרת הזרקות ולאחר מכן אפשרות של חבישת הרגל על פי שיקול הרופא. מספר ההזרקות הנדרש תלוי בפיזור ובכמות הורידיים המורחבים, וניתן לחזור על הפעולה מידי שניים עד שלושה שבועות. התהליך עשוי להימשך מספר חודשים. החומר המטריש מוזרק דרך מחט דקה, ומלווה בכאב קל של הדקירה ובתחושת צריבה בעת הזרקת החומר. העלמות הורידיים או הנימים אינה מוחלטת, והאזור המוזרק עלול לשנות, פעמים רבות, את צבעו באופן גלוי לעין. הטיפול אינו מונע הופעת ורידים חדשים שעלולים להופיע גם באזור ההזרקה. הטיפול מתבצע בדרך כלל ללא הרדמה.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר _____			
שם משפחה	שם פרטי	ברגל ימין/שמאל*.	
באזור/ים _____ (להלן: "הטיפול העיקרי")			
(ציין/י את מקום הטיפול)			

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות ניתוח וטיפול בלייזר, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצבי. הוסברו לי התוצאות המקורות של הטיפול העיקרי, וכן הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הוורידים מגיבים חלקית או אינם מגיבים כלל לטיפול. במקרים אלה ניתן לחזור על הטיפול אך לא ניתן להבטיח בוודאות הצלחה מלאה בטיפול בכל הורידיים ברגל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, צריבה, אי נוחות, שינוי צבע במקום ההזרקה ו"פסים" בתוואי הוריד שהוזרק. בחלק מהמקרים עלול להיות פגם אסתטי באזור/י ההזרקה. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום מקומי, היווצרות כיב או אזור של נמק במקום ההזרקה שעלול להתורר צלקת בתום תהליך הריפי. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות. במקרים נדירים ייתכן שיהיה צורך בניתוח מתקן באזור הנמק בעור. הוסבר לי כי במקרים נדירים עלולה להיות רגישות של הגוף לחומר המטריש המוזרק לוריד, שיכולה לגרום לתגובה אלרגית מקומית או כללית. במקרים קיצוניים שהם נדירים מאד התגובה האלרגית יכולה להיות קשה. אני נותן/ בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול

יהיה**

שם הרופא/ה		
תאריך	שעה	חתימת החולה
אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא התם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

* מחק את המיותר
** במקרה של מטופל פרטי

