**טופס הסכמה מדעת לביצוע טיפול בחוטים**

**שם המטופל** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**סיבת הביקור** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. הריני מאשר לד"ר חנה אלכסנדר לבצע את הטיפול במחטי Miracuהמקוריות המיוצרות על ידי חברת Dong Bang
2. הטיפול ותוצאותיו, הסכנות האפשריות, הסיבוכים, והאפשרויות לשיטות טיפול חלופיות הוסברו לי במלואן על ידי הרופא, הבנתי אותן, והסכמתי לבצע את הטיפול.
3. הוסבר לי שטיפול מתיחת הפנים בחוטים אינו מבטיח העלמה מוחלטת של\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. כדי להשיג אפקט מרבי, נדרש שאבצע \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טיפולים.
5. לפני ביצוע הטיפול, אפשר למרוח על העור קרם הרדמה.
6. במהלך הטיפול, המטופל יכול להרגיש כאב במידה בינונית.
7. כדי לעצור את תחושת אי הנוחות, ניתן להשתמש בחומרי הרדמה שאינם נרקוטיים.
8. לאחר הטיפול, באזורים המטופלים יכולה להופיע:

* אדמומיות, בצקת, חבורות, ובמקרים נדירים, שטפי דם.
* הבצקת נעלמת בדרך כלל בתוך 3-5 ימים, במטופלים מסוימים היא יכולה להישאר גם במשך שבועיים.

1. לאחר ביצוע הטיפול, יש לנקוט באמצעי הטיפול הבאים:

* להימנע מקרני שמש ישירות, למרות קרם בעל מקדם הגנה גבוה.
* להימנע ממימיקה מיותרת, לא לבקר אצל רופא השיניים במשך חודש.
* לישון על הגב ב- 3 הימים הראשונים, ולהשתמש בכר תומך.
* להימנע משפשוף הפנים כאשר רוחצים אותם, לא ללוש את הפנים במהלך מריחת הקרם הטיפולי.
* במקרה של בצקת מתמשכת (מעל 7 ימים, בעיקר באזור שמסביב לעיניים) יש לחזור לרופא לקבלת טיפול תומך.

1. במקרה של נטייה לדימומים, כאב מתמשך ותסמינים אחרים, פנו מיד לרופא.
2. לא נצפו מקרים של תגובות אלרגית או תגובות אחרות לתרופות נלקחות.

חתימת המטופל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אין לבצע את הטיפול במקרים הבאים:

1. בתקופת ההיריון וההנקה
2. בחולים הסובלים ממחלות אוטו-אימוניות.
3. במקרים חמורים של אקנה באזור הפנים והצוואר
4. מחלות עור פעילות או מחלות עור המביאות להפרעה בתהליך חידוש העור.
5. טיפול נוגדי קרישה
6. הימצאות של חומרי מילוי קבועים

בחתימתי אני מאשר שקיבלתי את המידע הרשום לעיל, שאני שבע רצון מההסברים שניתנו לי, שאני מבין את מטרת המסמך ושאני מסכים לביצוע הטיפול. אני מחויב לבצע את כל אמצעי הטיפול שניתנו לי על ידי הרופא.

המטופל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_