

טופס הסכמה מדעת בעבור הזרקת קומפלקס

CELLOBOOSTER®

מסמך זה מוצג בפני מר/גברת:

שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	טלפון נייד

השימוש, התוויות הנגד ותופעות הלוואי הבלתי רצויות האפשריות של הזרקת קומפלקס CELLOBOOSTER® הוסברו לי. כמו כן נמסר לי שהתכשירים שבשימוש מוזרקים לתוך העור. התאפשר לי לשאול את כל השאלות שרציתי ונמסרו לי תשובות משביעות רצון.

דוקטור _____ מסרה לי את כל המידע על התוצאות המצופות והסבירה לי לגבי תבחיני פסילה או אי-הכללה (Exclusion Criteria), כגון: מחלות זיהומיות חריפות, מחלות אוטו-אימוניות ואלרגיות; תגובה אלרגית או רגישות יתר מוכרת למרכיבי התכשיר; דליות באזור הטיפול; נטייה לפתח הצטלקות יתר (קלואיד) וצלקות היפרטרופיות; שתלים קבועים או זמניים באזור הטיפול; נטילת תרופות מונעות קרישיות, היריון או הנקה. אין להשתמש ב- CELLOBOOSTER® באזורים עם תהליכים דלקתיים או זיהומיים (אקנה, הרפס וכדומה). אין להשתמש ב- CELLOBOOSTER® בו-זמנית עם טיפולי לייזר, פילינג כימי עמוק או דרמברציה.

נמסר לי שאחרי הזרקת CELLOBOOSTER® ייתכנו תופעות לוואי, כגון: עקצוץ, אדמומיות ודלקת מקומית קלה (אשר אמורה להעלם אחרי 24 עד 48 שעות), בצקת קלה והמטומות (שטפי דם פנימיים מקומיים) קטנות, אשר אמורות להיעלם אחרי 48 שעות. יש ליידע את הרופא בהקדם האפשרי לגבי כל תגובה דלקתית הנמשכת מעבר לשבוע ימים או כל הופעה של תופעת לוואי אחרת כלשהי.

עניתי בפתיחות על כל השאלות שנשאלתי לגבי ההיסטוריה הרפואית שלי, כגון: מחלות; אלרגיות לתרופות, לאלחוש מקומי, למזון, לתכשירים קוסמטיים; וכן לגבי טיפולים אסתטיים קודמים.

קראתי והבנתי את המלצות הטיפול לאחר ההזרקה ואתחייב לפעול על פיהן. אני מסכים/ה לכך שהרופא שלי ישתמש בתמונות של "לפני" ו"אחרי" הטיפול שלי.

מס' סידורי של CELLOBOOSTER®	תאריך ההליך
שם המטופל	חתימת המטופל
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה

אזור הטיפול:



<input type="checkbox"/> פנים	<input type="checkbox"/> צוואר	<input type="checkbox"/> מחשוף	<input type="checkbox"/> ידיים	<input type="checkbox"/> זרועות
<input type="checkbox"/> גוף	<input type="checkbox"/> קרקפת	אחר: _____		