

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

### טופס הסכמה: לטיפול מטרש (סקלרוטרפיה) בורידי הרגליים **SCLEROTHERAPY**

אחת השיטות לטיפול בורידיים מורחבים ("דליות") ובורידוגנים ("נימים") בולטים בעור הינה הזרקת חומר מטרש לורידי. 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 המטרש 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 \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_  
על טיפול להעלמת ורידים באמצעות הזרקת חומר \_\_\_\_\_ 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 המקוות 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 הסיכונים האפשריים, לרבות: זיהום מקומי, היווצרות כיב או אזור של נמק במקום ההזרקה שעלול להותיר צלקת בתום תהליך הריפוי. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות. במקרים נדירים ייתכן שיהיה צורך בנייתו מתקן באזור הנמק בעור.

הוסבר לי כי במקרים נדירים עלולה להיות רגישות של הגוף לחומר המטרש המוזרק לורידי, שיכולה לגרום לתגובה אלרגית מקומית או כללית. במקרים קיצוניים שהם נדירים מאד התגובה האלרגית יכולה להיות קשה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת 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\*\*



## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

שם הרופא/ה

חתימת החולה

שעה

תאריך

אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\* מחק את המיותר  
\*\* במקרה של מטופל פרטי

