

טופס הסכמה לטיפול הזרקת חומצה היאלרונית בהנחיית שיקוף

אני מאשר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר בן שושן סטפן לגבי אופן הטיפול, אופיו, תוצאותיו, הסיבוכים האפשריים והסיכויים להצלחה.

תהליך הטיפול מבוצע בהנחיית שיקוף על ידי החדרת מחט תחת תצפית רציפה באופן מדויק אל תוך אזור המפרק הפגוע, הטיפול מבוצע בהרדמה מקומית.

הטיפול מיועד לחולים הסובלים משחיקת סחוס במפרקים (ברך, כתף, ירך ועוד) וכן לסובלים מדלקת פרקים.

- משך הטיפול: בהתאם למצב המטופל יוחלט על המשך טיפול של עד 3 הזרקות.
- על פי מחקרים שנעשו בנושא הטיפול יעיל ל-2 מתוך 3 חולים.
- במקרים נדירים תיתכן תגובה של החמרת הכאבים למספר ימים לאחר הטיפול, אשר יחלפו מעצמם.

קיימים סיכונים והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית לרבות: כאבים ממושכים, זיהום במקום הדקירה, באיבר המטרה, המטומה באזור המטרה, דמם שנמשך, אשר בחלק מהמקרים יצריך אשפוז, וטיפול נוסף לרבות ניתוח.

לעיתים נדירות עלול להיפגע העצב המטופל וכן תתכן פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול, במקרים נדירים ביותר סיבוכים אלו עלולים להסתיים במוות כתוצאה מאלרגיה.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכן ביצוע ההנחיות שאקבל מהרופא. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול:

שם המטופל	ת.ז.	תאריך	חתימת המטופל

בכבוד רב ובברכת
בריאות

ד"ר בן שושן
סטפן
מספר רשיון