

טופס הסכמה לטיפול בנזקי שמש וגיל בטכנולוגיית DYE SR/SSR

מידע אישי

שם: _____ טל: _____ כתובת: _____ גיל: _____

שם המכשיר/ ידית _____ שם המטפלת/ _____ שם בית העסק: _____

אודות הטיפול ואופיו

סדרת טיפולים שנועדה להביא לשיפור מראה העור הכללי, הבהרת פיגמנטציות, כתמי שמש וגיל, שיפור אחידות גוון העור והחזרת הברק הטבעי.

טיפול DYE SR/SSR מתבצע על ידי שימוש בטכנולוגיית אור ייחודית ההופכת לאנרגיית חום. סדרת הטיפולים כרוכה ביצירת כוויית מבוקרות בשטח הטיפול.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינו, מצב העור ואזורי הטיפול בגוף.

בנוסף, לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. לפי מחקרים רפואיים, באחוז נמוך מהמקרים, לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה

הטיפולים כרוכים בתחושת כאב, חום ועקצוצים. הטיפול גורם לכוויה מבוקרת באזור הטיפול ועל כן עשויה להופיע אדמומיות (Erythema) ו/או גלד ו/או גרד באזור הטיפול. לאחר הטיפול תופיע התכהות עדינה בכתמים שטופלו שימשכו בין 2-8 ימים לאחר הטיפול, ובמקרים נדירים מספר שבועות, כשלאחר מכן הגלד ינשר מהעור, ויתקבל גוון טבעי של העור. במקרים מסויימים עלולות להיות תופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור (היפו/היפרפיגמנטציה), תופעות אלו חולפות בדרך כלל, תוך מספר שבועות מתום הטיפול.

לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כווייה שטחית, גלדים, חברות זמניות, תגובות אלרגיות, זיהומים, צלקות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

הצהרת המטופלת

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפלת מוסמכת ובעלת ניסיון הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה שהטיפול הינו אסתטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול בנזקי שמש וגיל וכי קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול, השלכותיו והסיכונים הכרוכים בטיפול ותופעות הלוואי לרבות: אופי ואופן הטיפול, התוצאות המצופות ממנו לרבות ההיבטים המקצועיים וסייגים המהווים חלק בלתי נפרד מתאום הציפיות. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי על פי שיקול הדעת של המטפלת. אני מאשרת את הסכמתי לפתיחת תיק מעקב טיפולים בו ירשמו ויתועדו נתוני האישיים ונתוני הטיפולים לרבות צילומים של אזור הטיפול, תגובות ותוצאות הטיפולים ומידע אישי (גיל, מין ואנמנזה רפואית, ככל שישנן)

חתימת המטופלת: _____

אני מסכימה/ בזאת לשימוש בפרטים המזהים של הטיפול על פי הרישומים בתיק הטיפולים, לרבות פרסום הצילומים של לפני ואחרי, הצגתם ושימוש בהם לכל צרכי החברה לרבות מצגות, הרצאות, פרסום במדיות השונות (אינטרנט, עיתונות וטלוויזיה ועוד), וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

חתימת המטופלת: _____

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת/במעקב רפואי שגרתי? כן/לא, אם כן אנא פרטי: _____

האם הנך נוטלת/תורפות דרך קבע או שנטלת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? כן/לא, אם כן אנא פרטי: _____

האם עברת אשפוז/ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? כן/לא, אם כן אנא פרטי: _____

האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? כן/לא, אם כן אנא פרטי: _____

האם בעבר או בהווה חלית במחלות או היו סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות סמני/פרטי: _____

התווית נגד אבסולוטיות	
<input type="checkbox"/>	סרטן על כל סוגיו ו/או שימוש בתרופות נגד סרטן כגון: וכדומה Methotrexate, Fluorouracil, Ducabaxine
<input type="checkbox"/>	היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה
<input type="checkbox"/>	היפו-פיגמנטציה (ויטיליגו)
<input type="checkbox"/>	מחלת עור דלקתית (אקזמה, זיהום פעיל בהרפס סימפלקס ועוד...) באזור הטיפול
<input type="checkbox"/>	היסטוריה של הצטלקות קלואידית
<input type="checkbox"/>	נטילת איזוטרטינואין (רואקוטן) ו/או תרופות פוטוסנסטיביות - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול
<input type="checkbox"/>	שימוש בהיפיריקום (צמח המרפא St. John's Wort) לטיפול בדיכאון בהווה או בשלושת החודשים שקדמו לטיפול
<input type="checkbox"/>	שימוש בטרטינואין - Retin A בשבועיים שקדמו לטיפול
<input type="checkbox"/>	אפילפסיה
<input type="checkbox"/>	סכרת (עקב רגישות מוגברת ורפוי לא תקין של הפצעים)

הוסברה לי חשיבות הקפדה על מילוי אחר ההוראות שניתנו ו/או יינתנו לי ע"י המטפל, בקשר לפרקי הזמן בין הטיפולים והמלצות לאחר הטיפול, בין היתר, כדלקמן:

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל.
- אין להשתמש במים חמים, ג'קוזי או סאונה במשך 72 שעות לאחר הטיפול.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור.
- במשך 14 ימים לאחר הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה.
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 30.
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת-48 שעות לאחר הטיפול.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי. אני מתחייבת/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

שם המטופל			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	
שם האפוסטרופוס			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	

הצהרת המטפלת

*הנני מצהירה ומאשר/ת בזאת כי המטפל שיבצע את הטיפול מוסמך ע"י החברה היצרנית לבצע טיפולים מסוג זה. כמו כן, במכשיר המיועד לטיפול בוצעו כל הבדיקות והטיפולים התקופתיים הנדרשים ע"י החברה היצרנית והוא נמצא תקין וכשיר לעבודה.

הנני מתחייבת/ת כי חלקי המכשיר והידיות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

שם המטפלת			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	