

טופס הסכמה לטיפול בידית ClearSkin מוג 1540nm Er.Glass לטיפול באקנה פעיל וצלקות אקנה

מידע אישי

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

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

אודות הטיפול ואופיו ClearSkin הינה טכנולוגיית לייזר חדשנית לטיפול באקנה פעיל וצלקות אקנה. בידית ClearSkin מנגנון ואקום וקירור המאפשרים טיפול ללא כאב ותופעות לוואי בכל סוגי העור. טיפול בידית ה-ClearSkin מתאים למטופלים/ות שאינם יכולים/ות לעבור טיפול קונבנציונלי בתרופות כגון ראקוטן או אנטיביוטיקה. הטיפול ב-ClearSkin מיועד לנערות, נערים, נשים וגברים.

תאום ציפיות

טיפול בלייזר ClearSkin מתבצע על ידי סדרת טיפולים. התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות, גיל, מין ומצב העור. בנוסף, מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. יש לציין, כי באחוז מסוים מהאנשים המתאימים לטיפול, לא תושגנה תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. זאת, ללא הסבר מדעי ברור. ככל הנראה המדובר בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה

במהלך הטיפול תיתכן תחושת אי נוחות מסוימת, תחושת חום או עקצוץ שיופיעו כתגובה לטיפול. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים.

תופעות לוואי אפשריות, כגון: שינויים במרקם העור, בגוון העור ובמקרים נדירים בפיגמנטציה של העור (היפו/היפר פיגמנטציה).

תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, אדמומיות, נפיחות, כווייה שטחית, בצקת, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של הופעת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

הצהרת המטופלת

אני מצהירה ומאשרת/ת 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/ה שהטיפול הינו אסתטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהירה ומאשרת/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול באקנה פעיל וצלקות אקנה 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/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי על פי שיקול הדעת של המטפלת/ת. אני מאשרת/ת 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/ת: _____

אני מסכימה/ה 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/ת: _____

הצהרת בריאות

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

האם הנך נוטלת/תרופות 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 סמנ' ופרטי: _____

התווית נגד אבסולוטיות	
<input type="checkbox"/>	סרטן על כל סוגיו, או/ו טיפול תרופתי בסרטן כגון Methotrexate, Fluorouracil, Ducabaxine
<input type="checkbox"/>	במהלך תקופת היריון עד לאחר מחזור סדיר לאחר הלידה או בתקופת הנקה
<input type="checkbox"/>	זיהום בקטריאלי או ויראלי של העור כגון: הרפס סימפלקס פעיל, אקזמה ועוד...
<input type="checkbox"/>	חשיפה ממושכת לשמש ו/או למיטת שיזוף במהלך 30 ימים לפני ואחרי הטיפול
<input type="checkbox"/>	היפו פיגמנטציה של העור - ויטיליגו
<input type="checkbox"/>	נטילת איזטרטינואין (רואקוטן) במהלך 3-6 החודשים האחרונים
<input type="checkbox"/>	היסטוריה של צלקות קלואידיות
<input type="checkbox"/>	אפילפסיה

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 48 שעות לאחר הטיפול.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור.
- במשך 3 עד 5 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 האפוטרופוס	שם משפחה	שם פרטי	חתימה

הצהרת המטפלת

* הנני מצהירה ומאשרת 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
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	