

טופס הסכמה לטיפול בנימי דם בטכנולוגיית Dye-VL

מידע אישי

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

שם המכשיר/ ידית _____ שם המטפל/ת _____ שם בית העסק: _____

אודות הטיפול ואופיו

הטיפולים מיועדים להסרה וטשטוש של נימי דם המכונים בשם קופורוז או כלי דם קטנים שאינם פונקציונאליים (טלאנגיאקטזיות, המנגיומות ואנגיומות) בפנים ובדקולטה. הטיפולים מתבצעים באמצעות אנרגיית אור ומסייעים לשיפור מראה העור ולסגירתם ולספיגתם של כלי הדם השטחיים באזור הטיפול.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינו. מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. לרוב יש צורך ב 1-3 טיפולים להשגת תוצאה רצויה. לפי מחקרים רפואיים, באחוז נמוך מהמקרים, לא יושגו תוצאות משיבועות 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

הל"ך הטיפול כרוך באי נוחות: תחושת חום, עקצוץ או כאבים. הטיפול כרוך ביצירת כווייה מבוקרת ועל כן תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, כיום עד יומיים לאחר הטיפול. כלי הדם באזור הטיפול עשויים להתכווץ מיד לאחר הטיפול.

תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים.

הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי כגון: שינויים בעור- במרקם העור ובגוון העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כווייה שטחית, גלדים, חבורות זמניות, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. שינויים פיגמנטיים (היפו היפר פיגמנטציה) תיתכן חזרה של כלי הדם באזור הטיפול או באזורים אחרים חודשים לאחר הטיפול. במקרים אלו ניתן לשוב לטיפול חוזר.

בעלי גוון עור כהה הינם בסיכון גבוה יותר להתפתחות תופעות לוואי עוריות כמו שינויי גוון והבדלי גוון, כאב נלווה לטיפול ואף צלקות במקרים של קבלת תגובות יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

הצהרת המטופל/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/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 מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול בנימי דם וכי קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול, השלכותיו והסיכונים הכרוכים בטיפול ותופעות הלוואי הרבות: 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 המטפל/ת. אני מאשר/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 המטופל/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 המטופל/ת: _____

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת/במעקב רפואי שגרת? 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 סמני/ופרטי: _____

| התווית נגד אבסולוטיות | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | סרטן על כל סוגיו ו/או שימוש בתרופות נגד סרטן כגון: Methotrexate, Fluorouracil, Ducabaxine וכדומה |
| <input type="checkbox"/> | היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה |
| <input type="checkbox"/> | עור שזוף כתוצאה מחשיפה לשמש או משיזוף מלאכותי בחודש האחרון |
| <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 וריפוי לא תקין של הפצעים) |

הוסברה לי חשיבות הקפדה על מילוי אחר ההוראות שניתנו ו/או ינתנו 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 האפוטרופוס | | | |
| שם משפחה | שם פרטי | חתימה | |

הצהרת המטפלת

*הנני מצהירה ומאשרת/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 והידידות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

| שם המטפלת | | | |
|-----------|---------|-------|--|
| שם משפחה | שם פרטי | חתימה | |
| | | | |