

## טופס הסכמה לטיפול – Clear Touch / שיוף העור / קילוף העור / פילינג בטכנולוגיית

### Er:Yag 2940nm

#### מידע אישי

שם: \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

שם המכשיר/ ידית \_\_\_\_\_ שם המטפל/ת \_\_\_\_\_ שם בית העסק: \_\_\_\_\_

#### אודות הטיפול ואופיו

סדרת הטיפולים לפילינג העור באמצעות ידית Touch Clear המתבצעת בטכנולוגיית לייזר 2940nm Er:Yag הטיפולים מיועדים לשיפור משמעותי במראה וטקסטורת העור הכללית. הטיפולים כרוכים בעשיית כוויות מבוקרות, חירורים מיקרוסקופיים מבוקרים בעור, חימום ושיוף רקמת העור החיצונית.

#### תאום ציפיות

הצגרת העור בלייזר ClearTouch מתבצעת 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. על פי מחקרים קליניים, בכ -15% 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

הטיפולים כרוכים בכאב, תחושת חום ועקצוצים. הטיפולים מאופיינים בחירור מבוקר של שכבת העור השטחית וחימום תת עורי. לאחר הטיפולים תהיה אדמומיות Erythema ו/או גרד באזור הטיפול שימשכו בן 5-8 ימים לאחר הטיפול, ובמקרים נדירים מספר שבועות.

תהליך החלמת העור ימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים. הטיפול כרוך בסיכון לתופעות לוואי, כגון שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל תוך מספר שבועות ובמקרים נדירים תוך מספר חודשים. קיים סיכוי תיאורטי להצטלקות באזור שטופל. הסיכוי לכך נדיר. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כוויה שטחית, גלדים, חבורות זמניות, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של קבלת תגובת 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 שיוף/קילוף /פילינג העור באמצעות Pixel Erbium 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 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 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   |
| <input type="checkbox"/> | היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) במהלך תקופת הנקה            |
| <input type="checkbox"/> | זיהום בקטריאלי או ויראלי כגון: הרפס סימפלקס, פסוריאזיס ועוד... |
| <input type="checkbox"/> | הפרעה במערכת החיסון  |
| <input type="checkbox"/> | סקלרודרמה  |
| <input type="checkbox"/> | חשיפה ממושכת לשמש במהלך 3-4 שבועות לפני ואחרי הטיפול           |
| <input type="checkbox"/> | פיגמנטציה לא סדירה של העור כגון: ויטיליגו                      |
| <input type="checkbox"/> | היסטוריה של היפר – פיגמנטציה פוסט דלקתית                       |
| <input type="checkbox"/> | ריפוי לא תקין של העור באזור הטיפול                             |
| <input type="checkbox"/> | צלקות קלואידיות  |
| <input type="checkbox"/> | גוון עור VI לפי טבלת פיצפטריק                                  |
| <input type="checkbox"/> | פילינג עמוק או טיפול קוסמטי בשלושת החודשים שקדמו לטיפול        |
| <input type="checkbox"/> | כוויות באזור הטיפול  |
| <input type="checkbox"/> | נטילת איזוטרטינואין (רואקוטן) במהלך 6-9 החודשים האחרונים       |

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 21 יום 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/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 המטפל/ת

\*הנני מצהיר/ה 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 והידיעות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

| שם המטפל/ת | שם משפחה | שם פרטי | חתימה |
|------------|----------|---------|-------|
| שם משפחה   | שם פרטי  | חתימה   |       |