

טופס הסכמה לטיפול בדרמה קליר**מידע אישי**

שם: _____ טל: _____ גיל: _____
 שם המטפלת/ שם בית העסק: _____ תאריך: _____

אודות הטיפול ואופיו

טיפולים בטכנולוגיית הידרה דרמה ברישן במכשיר דרמה קליר מיועדים לנשים וגברים לניקוי העור, שיפור מרקם ומיצוק העור. הטיפול מיועד לאזורי הפנים והגוף. דרושה סדרת טיפולים לקבלת האפקט הרצוי. טיפול דרמה קליר מתבצעים בטכנולוגיה הידרה דרמה ברישן המאפשרת ניקוי עמוק ויעיל של העור והחדרת לחות.

תאום ציפיות

ניקוי והחדרת לחות לעור ע"י דרמה קליר מתבצעת בסדרת טיפולים. התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינוי בנוסף, מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה

תתכן אי נוחות מסוימת ותחושת חום עקצוץ גירוי זמני, אדמומיות שיכולים להופיע במהלך הטיפול ויחלפו בדרך כלל תוך 72 שעות, תלוי ברגישות העור. תופעות לוואי אפשריות יכולות להיות תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים.

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 בדרמה קליר 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.

חתימת המטופלת: _____

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: _____

הצהרת בריאות

אם את/ה אלרגי לאחד או יותר מהמרכיבים במוצרים המשמשים? כן/לא, אם כן פרטי/

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

האם את/ה משתמשת במוצרים מסוג Retin-A? כן/לא, אם כן פרטי/

התוויות נגד יחסיות	התוויות נגד אבסולוטיות
<input type="checkbox"/> טיפול בנוגדי קרישה (השתמש בעוצמת השאיבה נמוכות ביותר)	<input type="checkbox"/> שימוש בראקוטן או חומר דומה (פוטוסנסטיבי)
<input type="checkbox"/> עור דק מאוד	<input type="checkbox"/> מחלה אוטואימונית, HIV, זאבת, דלקת כבד, סקלרודרמה
<input type="checkbox"/> הזרקת בוטוקס: המתן 7 ימים	<input type="checkbox"/> אקנה פעיל/ זיהום פעיל ו/או הרפס סימפלקס באזור הטיפול
<input type="checkbox"/> הזרקת חומרי מילוי: המתן 14 ימים	<input type="checkbox"/> אקזמה, דרמטיטיס או פריחה בעור
<input type="checkbox"/> טיפול פילינג: המתן 30 יום	<input type="checkbox"/> זיהום במערכת השתן (כליות, שלפוחית השתן, שופכה)
<input type="checkbox"/> טיפולי לייזר: המתן 7-14 ימים	<input type="checkbox"/> סרטן העור כולל מלנומה
<input type="checkbox"/> רוציאה וטלנגיקטזיה (השתמש בעוצמת השאיבה נמוכות ביותר)	<input type="checkbox"/> שיזוף טרי
	<input type="checkbox"/> היריון
	<input type="checkbox"/> הנקה (עשויה להגביר את הרגישות לעור ולגרום להיפר פיגמנטציה)
	<input type="checkbox"/> אפילפסיה
	<input type="checkbox"/> מחלת קרוהן
	<input type="checkbox"/> יתר של בלוטת התריס
	<input type="checkbox"/> דליות עמוקה
	<input type="checkbox"/> קלואיד

הוסברה לי חשיבותה 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.
- 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.
- במשך 3 עד 5 ימים להימנע משימוש בפילינג אגרסיבי.
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל SPF 30
- 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 מתחייב/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 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

שם המטפלת			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	