

## טופס הסכמה למיצוק העור בטכנולוגיית גלי רדיו

שם המכשיר	שם הידידת	שם בית העסק

### אודות הטיפול ואופיו

טיפול מיצוק והצרת העור מתבצעים בטכנולוגיית גלי רדיו. גלי הרדיו יוצרים אנרגיה תרמית בטוחה בשכבת הדרמיס בעור. טכנולוגיה ה-Unipolar ו/או Bipolar הינה טכנולוגיה המאפשרת חימום בעומק הרקמה למיצוק עור הפנים, הצוואר ולטיפול בקמטים וקמטוטים.

### תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו, מבנה גופו, מינו ועובי רקמת השומן. כמו כן תוצאות הטיפול מושפעות מאורח חייו ואופן שיתוף הפעולה עם הצוות המטפל ובהתאם למידת ההקפדה על מילוי ההמלצות וההנחיות לפני ואחרי כל טיפול. מסיבות אלו, לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. לפי מחקרים קליניים, בקרב 15% מהאנשים המתאימים לטיפול לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם. מטופלים מעל גיל 50 יידרשו למספר טיפולים גבוה מהמוצע, אך הדבר אינו מהווה סיבה להימנעות מטיפול או לאי-הצלחתו של הטיפול.

### מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה:

תיתכן תחושת חום עמוקה, הופעת אודם, צריבה, גרד ועקצוץ במקום המטופל בזמן הטיפול ולאחריו. התופעות יחלפו לאחר קבלת טיפול מקומי או בלעדיו בין 12-24 שעות. תיתכן אי נוחות מסוימת ותחושת חום עקצוץ שיכולים להופיע במהלך הטיפול. במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים. הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי כגון 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 מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. במידה ואני סובלת/ת מבעיות הורמונאליות, מחלות מטבוליות ו/או אסבול מהם במהלך הטיפול ו/או נוטלת/ת הורמונים, סטרואידים ו/או תרופות על בסיס קבוע או זמני, מטרת הטיפול לא תושג! הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו אסתטי ומטרתו שיפור ומיצוק העור באזור הטיפול הוסברה לי האפשרות שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול על פי שיקול הדעת של המטפל/ת. אני נותנת/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 במדידות 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/ת 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/ פרטי/

שיקולים מיוחדים	אסור לטפל
<input type="checkbox"/> עישון	<input type="checkbox"/> היסטוריה של סרטן
<input type="checkbox"/> צריכת אלכוהול	<input type="checkbox"/> היסטוריה של גידול ממאיר בעור
<input type="checkbox"/> שימוש באמצעי מניעה	<input type="checkbox"/> היריון (כולל הפריה חוץ גופית IVF)
<input type="checkbox"/> ניתוחים לאחרונה	<input type="checkbox"/> בעיות עור כרוניות / עור מגורה
<input type="checkbox"/> שימוש בתרופות	<input type="checkbox"/> מחלת קולגן או כלי דם פעילה
<input type="checkbox"/> מילוי והזרקה במהלך החודש האחרון (למעט סיליקון)	<input type="checkbox"/> מחלות רב מערכתיות כגון: סכרת, יתר לחץ דם, מחלת לב ועוד...
	<input type="checkbox"/> דלקת ורידים וקרישת דם (המטולוגיה)
	<input type="checkbox"/> קוצב לב מושטל או דפיברילטור לבבי אוטומטי (AICD)
	<input type="checkbox"/> שתלים מתכתיים גדולים בגוף
	<input type="checkbox"/> נטילת איזוסרטנינואין (רואקוטן) עד שישה חודשים מסיום הטיפול
	<input type="checkbox"/> גלוקומה

הוסברה לי חשיבותה של 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 על שימוש בקרם הגנה עם מקדם הגנה מעל 30 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 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 והידיות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

שם המטפל/ת		
שם משפחה	שם פרטי	חתימה