

טופס הסכמה לטיפול בצלוליט והצרת היקפים בטכנולוגיית גלי רדיו

מידע אישי

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

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

אודות הטיפול ואופיו

טיפול צלוליט והצרת היקפים מתבצעים בטכנולוגיית גלי רדיו. גלי הרדיו יוצרים אנרגיה תרמית בטוחה בשכבות העור (דרמיס והיפודרמיס). טכנולוגיה ה-Unipolar הייחודית משמשת לחימום עמוק (עד 22 מ"מ) של רקמת העור, משולבת עם עיסוי מכני (בידית Uniform) להקטנת עובי רקמת השומן התת עורית ולניקוז לימפתי יעיל לשיפור מראה הצלוליט.

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 חיינו 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 יידרשו למספר טיפולים גבוה מהמוצע, אך הדבר אינו מהווה סיבה להימנעות מטיפול או לא-הצלחתו של הטיפול. תופעות כגון: חוסר איזון הורמונאלי או רמת שומנים גבוהה בדם, מצריכות לעיתים בירור רפואי וכן מספר רב יותר של טיפולים. שינויים הורמונאליים (גיל המעבר) ובעיות מטבוליות (חילוף חומרים) עשויים לגרום לצבירת שומנים באזורים שונים בגוף ובמראה הצלוליט וכן להגדיל את כמות הטיפולים ו/או לגרום מרמת התוצאה. מטופלים בעלי BMI מעל 30 אינם נכללים בממוצע הטיפולים ובאחריותם לדאוג להפחתת יחס ה-BMI וזאת על ידי תזונה מאוזנת ופעילות גופנית.

מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה

ניתן 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. במהלך תקופת הטיפול ולאחריו יש להקפיד על מספר הוראות בכדי לשמור על התוצאות שהושגו: תזונה מאוזנת, שתיית מים מרובה (לפחות 12 כוסות ביום) ביצוע פעילות גופנית מינימאלית (30-40 דקות הליכה ביום). כמו כן, יש להימנע מצריכת אלכוהול במשך 48 שעות לאחר כל טיפול.

הצרת המטופלת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. במידה ואני סובלת/מבעיות הורמונאליות, מחלות מטבוליות ו/או אסבול מהם במהלך הטיפול ו/או נוטלת/הורמונים, סטרואידים ו/או תרופות על בסיס קבוע או זמני, מטרת הטיפול לא תושג! הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/שהטיפול הינו אסתטי ומטרתו שיפור מראה הצלוליט ו/או הצרת היקפים 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 המטפלת/ת. אני נותנת/ת את הסכמתי לפתיחת תיק מעקב טיפולים בו ירשמו ויתועדו נתוני האישיים ונתוני הטיפולים לרבות צילומים של אזור הטיפול, תגובות ותוצאות.

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 סמני/ופרטי/_____

התווית נגד אבסולוטיות	שיקולים מיוחדים
<input type="checkbox"/> היסטוריה של סרטן	<input type="checkbox"/> עישון
<input type="checkbox"/> היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF)	<input type="checkbox"/> צריכת אלכוהול
<input type="checkbox"/> היסטוריה של גידול ממאיר בעור	<input type="checkbox"/> שתלים דנטאליים (גשר)
<input type="checkbox"/> בעיות עור כרוניות / עור מגורה	<input type="checkbox"/> ניתוחים לאחרונה
<input type="checkbox"/> מחלת קולגן או כלי דם פעילה	<input type="checkbox"/> שימוש בתרופות
<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 מושל או דפיברילטור לבבי אוטומטי (AICD)	
<input type="checkbox"/> שתלים מתכתיים גדולים בגוף	
<input type="checkbox"/> נטילת איזוטרטינואין (רואקוטן) עד שישה חודשים מסיום הטיפול	

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 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 מתחייב/ת כי חלקי המכשיר והידיות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

שם המטפל/ת	שם משפחה	שם פרטי	חתימה
שם המטפל/ת	שם משפחה	שם פרטי	חתימה