

טופס הסכמה לטיפול בעיצוב הגוף

מידע אישי

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ טל: _____
כתובת: _____ גיל: _____ תאריך: _____

אודות הטיפול

טיפולים מתבצעים במספר טכנולוגיות גלי רדיו, גלי אולטרסאונד. הטיפולים מיועדים לנשים וגברים המעוניינים בטיפול בהצרת היקפים. טיפולים אלו פותחו במיוחד עבור מי שאינו מעוניין לעבור טיפולים פולשניים למיניהם הכרוכים בכאב רב, בתופעות לוואי בלתי רצויות ובזמני החלמה ארוכים הקוטעים את שגרת החיים.

פעולת הטיפול עלולה להיות כרוכה במספר היבטים:

תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים הכרוכים במהלך הטיפול. תיתכן הופעת אדמומיות (אריטמה) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. תהליך החלמת העור עשויה להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים. הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל. 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.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם ובין אזור אחד בגוף למשנהו, וכן לא ניתן לדעת בוודאות מה תהיה התוצאה הסופית אלא במידה משוערת בלבד. מספר הטיפולים שידרשו והתוצאות הקליניות תלויות במין המטופל, גילו, מצב העור ובאזור הטיפול. בנוסף, 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. לא נמצא הסבר מבוסס למקרים מסוג זה. מטופלים מעל גיל 50 יידרשו למספר טיפולים גבוה מהממוצע, אך הדבר אינו מהווה סיבה להימנעות מטיפול או לאי-הצלחתו של הטיפול.

הצהרת המטופל/ת

הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו קוסמטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול בהצרת היקפים 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 המטופל/ת. אני מאשרת 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 נמצא במעקב רפואי שגרתית? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם הנך נוטל/ת תרופות דרך קבע או שנטלת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם עברת אשפוז/ ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

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

האם בעבר או בהווה חלית במחלות או היו סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות? סמני/י ופרטי/י

אסור לטפל במקרים הבאים:

- היסטוריה של כל גידול ממאיר בעור
- בעיות עור כרוניות / עור מגורה
- היסטוריה של סרטן
- הריון (כולל הפריה חוץ גופית)
- קולגן פעיל או מחלת כלי דם
- דלקת ורידים וקרישת דם (הקשורים להמטולוגיה)
- שימוש לאחרונה (פחות מ 6 חודשים) של של איזוטרטינואין (רואקוטן, קיורטן וכו')
- קוצב לב מושתל או דפיברילטור / לבבי אוטומטיים (AICD)
- שתלים מתכתיים גדולים באזור הטיפול
- מחלה רב מערכתית (סוכרת, יתר לחץ דם, מחלת לב, אי ספיקת כלילית)

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 להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- מומלץ להשתמש בקרם הגנה באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.

שם המטופל			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	
שם האפוסטרופוס			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	