

מעקב טיפולים - פילינג והצרת העור

<input type="text"/>	עיר:	<input type="text"/>	כתובת:	<input type="text"/>	שם לקוחה:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	דוא"ל:	<input type="text"/>	טלפון נייד:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	ת.ז:	<input type="text"/>	ת.לידה:

לפני הטיפול

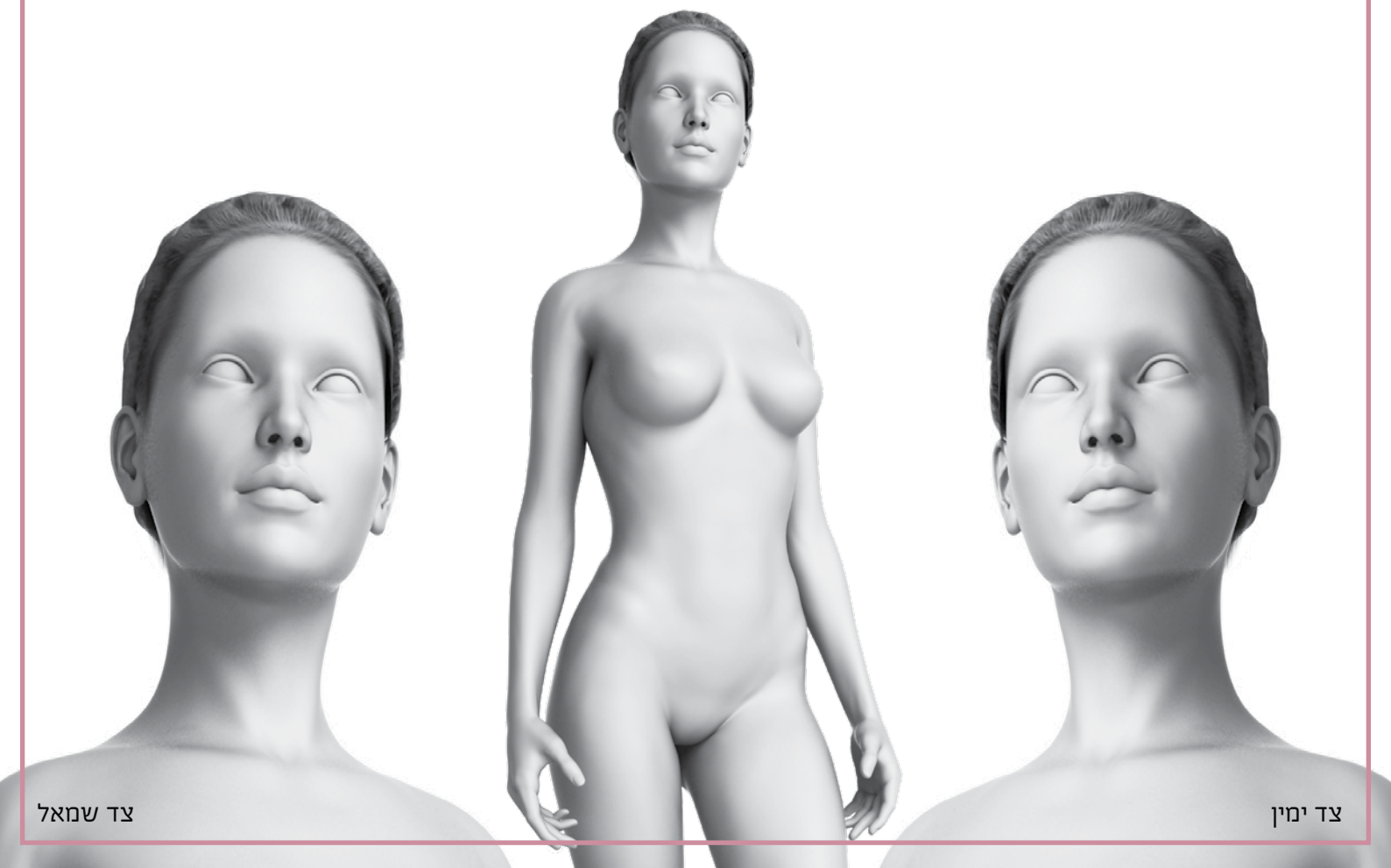
יש לנקות את האזור הטיפול ולחטא בעזרת אלכוהול

יש להסיר תכשיטים

יש לשתות 2 כוסות מים טרם תחילת הטיפול

הערות

סמני את אזור הטיפול



מדדי הטיפול

הערות	מספר מעברים	Phase Shifter: 1/2/3/4	עוצמה W	סוג הטיפ Atrophic/Tramatic/ Peeling/Ice Peack/ Spark	אזור הטיפול	שם המטפלת/ת	תאריך	מס' הטיפול

לאחר כל טיפול

- ☒ אין לשפשף/לגרד את אזור הטיפול
- ☒ יש לצנן את אזור הטיפול ולמרוח ביאפין על האזור המטופל לפי הצורך
- ☒ יש להמנע מחשיפה לשמש בתקופת הטיפול
- ☒ יש לחזור על הטיפול אחת ל 4-6 שבועות