

טופס הסכמה לטיפול
ב- Hybrid (CO₂ & 1570 nm)

פרטים אישיים

שם מלא _____ טלפון _____ תאריך לידה _____

אודות הטיפול

טיפול Hybrid משלב לייזר CO₂ ולייזר 1570 nm, מחומשם לשיפור מרקם העור, החלקת קמטים, טיפול בצלקות, סימני מתיחה ונגעים שטחיים. לייזר CO₂ פועל בשיוף עדין של העור או בהסרת נגעים שפירים, ולייזר 1570 nm מחמם את שכבת הדרמיס לעידוד תהליכי חידוש ומיצוק העור, ללא פגיעה בשכבתו החיצונית. התוויה עיקרית לטיפול: _____.

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצא/ת במעקב רפואי שגרתי? _____ 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 _____

אנא סמני/י אם חלית בעבר או בהווה או שהיו סימני המחלות המפורטות להלן:

התוויות נגד אבסולוטיות	
סרטן פעיל על כל סוגיו - עד 5 שנים מהחלמה	
היסטוריה של גידול ממאיר בעור	
היריון, הליך IVF, הנקה	
זיהום ויראלי או חיידקי, רגישות, אלרגיות ומחלות עור כגון: אקזמה, פסוריאזיס, הרפס, וטיליגו, ליכן פלנוס, ליכן ניטידוס ועוד	
מחלות קולגן כגון: לופוס (זאבת), סקלרודרמה ועוד	
הפרעות במערכת החיסון בשל מחלה אקוטית או כרונית	
הפרעות בקרישת דם	
נטילת תרופות ביולוגיות (טיפול ביולוגי) וכימותרפיות המחלישות את המערכת החיסונית	

דוגמה כללית בלבד

טופס זה מהווה דוגמה להמחשה בלבד ואין לעשות בו כל שימוש. כל העושה שימוש בטופס זה, עושה זאת על אחריותו הבלעדית בלבד.

היסטוריה של צלקות קלואידיות	
נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזטרטינואין (רואקוטן), שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort לטיפול בדיכאון) - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול	
ריפוי לקוי באזור הטיפול	
אפילפסיה פוטוסנסטיבית	
סוכרת לא מאוזנת	
פיגמנטציה לא סדירה של העור, ילפת שטוחה, ויטיליגו ופסוריאזיס	
כוויות באזור הטיפול	
שימוש בטרטינואין (Retin A) ב-12 החודשים האחרונים	

תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן תחושת אי נוחות קלה, תחושת צריבה, גרד, עקצוצים, כוויה שטחית, בצקת בשעות הראשונות לאחר הפרוצדורה וכאב זה עשוי להמשך מספר שעות או ימים. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ובצקת למספר שעות או עד כ- 7 ימים לאחר הטיפול. כחלק מתהליך של ריפוי הפצעים יופיע גלד וקילוף של אזור הטיפול הנמשך בדרך כלל 2-7 ימים מיום הטיפול. יתכן תחושה של הידוק העור אשר מלווה במתיחה של העור ושיאו תהיה בין 3-8 שבועות לאחר הפרוצדורה. תופעה של הרפס סימפלקס או החזרה של הרפס סימפלקס דרמטיטיס, במיוחד אם לא נלקח טיפול מניעתי טרום, במהלך ופוסט טיפול כמו אציקלוביר. במקרה של נפיחות מעוררת אי נוחות משמעותית ניתן להשתמש באנטיהיסטמין בימים הראשונים שלאחר הטיפול בחלק מהמקרים יתכנו תופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם העור, בגוון העור ובמקרים נדירים בפיגמנטציה של העור (היפר פיגמנטציה) במיוחד אצל גווני עור כהים בדרך כלל 3-8 שבועות לאחר הטיפול בלייזר. במקרים של הופעת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

הנחיות לאחר הטיפול

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל.
- ניתן לנקות את אזור הטיפול 24 שעות אחרי הטיפול בעזרת סבון פנים עדין (ללא חומצות) ומים (אין לשפשף, יש לייבש בטפיחות).
- במהלך תהליך הריפוי (4-12 ימים), לא מומלץ שימוש במוצרים המכילים את הרכיבים הבאים: טרטינואין / רטינול, חומצה לקטית, חומצה גליקולית, הידרוקינון, חומצה סליצילית ואלכוהול.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות אך ורק לאחר 24 שעות אחרי הטיפול.
- אין להשתמש במים חמים, ג'קוזי או סאונה במשך 72 שעות לאחר הטיפול.
- יש להמנע מחשיפה לשמש וחום מוגזם לתקופה של 3 חודשים.
- חל איסור מחשיפה לא מוגנת לשמש למשך 6 חודשים, דבר זה עשוי לגרום לשינויים פיגמנטריים בעור.
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 50SPF.
- יש להפסיק טיפול בחומרים פעילים 5 ימים לפני הטיפול
- התאוששות העור דורשת אנרגיה רבה, הדבר עשוי להיות מלווה בתסמינים של עייפות או חולשה כללית.
- מומלץ להישאר בבית ב-2-3 הימים הראשונים עקב זיהום אוויר וקרינת UV העשויים להשפיע על תהליך ההחלמה.
- על המטופל/ת לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.

דוגמה כללית בלבד

טופס זה מהווה דוגמה להמחשה בלבד ואין לעשות בו כל שימוש. כל העושה שימוש בטופס זה, עושה זאת על אחריותו הבלעדית בלבד.

הצהרת המטופל/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול, השלכותיו, הסיכונים והסיכויים בביצועו ותופעות הלוואי הכרוכים בו, לרבות: אופי ואופן הטיפול, פרקי הזמן בין הטיפולים, חשיבות הקפדה אחר מילוי ההוראות והמלצות שניתנו ו/או יינתנו לי ע"י המטפל/ת והתוצאות המצופות ממנו לרבות ההיבטים המקצועיים וסייגים המהווים חלק בלתי נפרד מתאום הציפיות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/מר/גב' _____

שם פרטי

שם משפחה

על _____ (להלן: "התוויה עיקרית לטיפול").

ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י רופא/ה מוסמכ/ת, הוסברה לי מהות הטיפול העיקרי ואני מבינה/ה שהטיפול הינו אסתטי בלבד. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים).

אני נותנת/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול על פי שיקול הדעת של המטפל/ת. אני מאשר/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, מגדר ואנמנזה רפואית, ככל שישנן).

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות להלן ושהפרטים לעיל הינם נכונים ומלאים ולא הסתרתי כל מידע אודות מצבי הרפואי

אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטיית תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

מטופל/ת			
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	תאריך

אני הח"מ, הרופא/ה, מצהיר/ה ומאשר/ת כי הנ"ל חתמה בפני לאחר שהסברתי לה כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על ההסכמה הנ"ל לאחר ששוכנעתי כי הבינה היטב את הסברי במלואם.

שם מלא _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

☐ אני מסכימ/ה בזאת לשימוש בפרטים המזהים של הטיפול על פי הרישומים בתיק הטיפולים, לרבות פרסום צילומי "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 _____