

טופס הסכמה לטיפול  
החדרת חומרים  
Ultrasound – Impact

פרטים אישיים

שם מלא \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

אודות הטיפול

טיפול Impact מתבצע בטכנולוגיית אולטרסאונד, הפועלת באמצעות גלים אקוסטיים היוצרים לחץ מכני מבוקר, במטרה להחדיר חומרים פעילים לעומק העור באופן יעיל וממוקד.  
התוויה עיקרית לטיפול: \_\_\_\_\_.

הצהרת בריאות

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

אם כן אנא פרטי/ \_\_\_\_\_

האם הנך נוטל/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/ \_\_\_\_\_

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

| התוויות נגד אבסולוטיות                      |  |
|---------------------------------------------|--|
| היריון, הליך IVF, הנקה                      |  |
| מחלת לב (CAD, CHF, לאחר אוטם שריר הלב וכו') |  |
| בעיות עור כרוניות, עור מגורה ופסוריאזיס     |  |
| הפרעה במערכת העצבים המרכזית                 |  |
| טרומבופלביטיס פעילה                         |  |
| בקע טבורי/דופן הבטן במקרה של טיפול בבטן     |  |
| כאב סומטי לא מאובחן                         |  |
| זיהום בקטריאלי או ויראלי פעיל באזור הטיפול  |  |

|                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| שחפת פעילה                                                           |  |
| הפרעות קרישה או תרופות לדילול דם (Coumadin)                          |  |
| שתלים מתכתיים בסמוך לאזור הטיפול                                     |  |
| סרטן או היסטוריה של סרטן באזור הטיפול בשנים האחרונות (פחות מ-5 שנים) |  |
| קוצב לב או דפיברילטור/קרדיוורטר אוטומטי (AICD)                       |  |

## תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן תחושת אי נוחות מסוימת, תחושת חום עמוקה ועקצוצים. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד, צריבה באזור הטיפול אשר יחלפון, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. בחלק מהמקרים תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים. הטיפול כרוך בסיכון לתופעות לוואי. תופעות אלו חולפות לרב. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, שינויים במרקם ופגמנטציה של העור, אדמומיות, נפיחות, כוויה שטחית, בצקת, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של הופעת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

## הנחיות לאחר הטיפול

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל.
- אין להשתמש במים חמים, ג'קוזי או סאונה במשך 48 שעות לאחר הטיפול.
- במשך 3-5 ימים לאחר הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף ומשיזוף בהתזה.
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 50SPF.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.

## תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות אינדיבידואליות, גיל, מגדר ואזור הטיפול. מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. יש לציין, כי על פי מחקרים קליניים, בכ- 15% מהאנשים המתאימים לטיפול, לא תושגנה תוצאות משביעות רצון, זאת, ככל הנראה, בשל הבדלים פיזיולוגיים שונים.

## 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").

\*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.

ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפל/ת 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 בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

| מטופל/ת      |         |       |       |
|--------------|---------|-------|-------|
|              |         |       |       |
| שם משפחה     | שם פרטי | חתימה | תאריך |
| אפוטרופוס/ית |         |       |       |
|              |         |       |       |
| שם משפחה     | שם פרטי | חתימה | תאריך |

אני הח"מ, הרופא/ה / המטפל/ת, 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 \_\_\_\_\_