

טופס הסכמה לטיפול
במערכת
Opus
Microplasma

פרטים אישיים

שם מלא _____ טלפון _____ תאריך לידה _____

אודות הטיפול

טיפול Microplasma עושים שימוש בגלי רדיו (RF) ליצירת פלזמה חשמלית, המובילה לאפקט אבלטיבי ותרמי בעור. הטיפולים מיועדים לחידוש רקמת העור, פילינג, טיפול באקנה פעיל ובצלקות. 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 סמן/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 או הליך IVF	☐
מחלה וסקולרית פעילה (פלביטיס, טרומבופלביטיס, קרישיות דם ועוד)	☐
בעיות עור כרוניות, עור מגורה (אורטיקריה, פסוריאזיס ועוד), כוויות, וריפוי לקוי באזור הטיפול	☐
מחלות רב מערכתיות (סכרת, מחלות קולגן, יתר לחץ דם, מחלות עורקים קורונריים, אי ספיקת כליות ועוד)	☐
מחלות לב (כגון מחלת עורקים כליליים, אי ספיקת לב, פוסט אוטם שריר הלב)	☐
יתר לחץ דם (לחץ דם סיסטולי מעל 140 מ"מ כספית ולחץ דם דיאסטולי מעל 90 מ"מ כספית)	☐
תרופות לדילול דם (כגון קומדין)	☐

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.

צהבת	
נטילת איזוטרטינואין (רואקוטן) ותרופות פוטוסנסטיביות - עד 12 חודשים לאחר תום הטיפול	
קוצב לב מושטל או דפיברילטור/קרדיוורטר לבבי אוטומטי (AICD)	
זיהום ויראלי או חיידקי	
מערכת חיסונית ירודה	
היסטוריה של הצטלקות קלואידית	
שתלים מתכתיים סמוך לאזור הטיפול	
פילינג עמוק ו/או טיפול קוסמטי אבלטיבי בשלושת החודשים האחרונים	
קוצב לב מושטל או דפיברילטור לבבי אוטומטי (AICD)	
טיפול באמצעות קרינה ברמות גבוהות	
באישור רופא	
היסטוריה של קרצינומה (BCC / SCC)	
שיקולים מיוחדים	
דימום בלתי נשלט (מחזור חודשי או דימום מסוג אחר)	
צריכת אלוהול מוגברת	
עישון	
ניתוחים לאחרונה	
מילוי והזרקה בחודש האחרון (למעט סיליקון)	
דלקת חריפה	
ירידה בתחושתיות	

תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן תחושת אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוצים וכאב. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד באזור הטיפול אשר ימשכו בין 2-8 ימים לאחר הטיפול, ובמקרים נדירים מספר שבועות. בחלק מהמקרים יתכנו תופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם העור, בגוון העור ובמקרים נדירים בפיגמנטציה של העור. תופעות אלו חולפות לרוב. קיים סיכוי תיאורטי להצטלקות באזור שטופל אך הסיכוי לכך נדיר. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, אדמומיות, נפיחות, כוויה שטחית, בצקת, תגובות אלרגיות, הופעת פצעונים וגלדים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם 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 72 שעות לאחר הטיפול.
- יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף ומשיזוף בהתזה במהלך הטיפולים.
- 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.
- על המטופל 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.

תיאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות אינדיבידואליות, גיל, מגדר ומצב העור. 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 בין אדם לאדם.

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 מתיאום הציפיות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר / ר / מר / גב' _____
שם משפחה שם פרטי
על (להלן: "התוויה עיקרית לטיפול").

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

אני נותן/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
אפוסטרופוס/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 מסכים/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 _____