

טופס הסכמה לטיפול
במערכת
Opus
להצרת היקפים וצלוליט
באמצעות טכנולוגיית RF

פרטים אישיים

שם מלא _____ טלפון _____ תאריך לידה _____

אודות הטיפול

הטיפול נועד להצר היקפים ו/או לשפר את מראה הצלוליט, באמצעות טכנולוגיית גלי רדיו (RF – Radio Frequency) המחממת את הרקמה, מפחיתה את נפח תאי השומן, מעודדת ניקוז לימפתי ומשפעת את ייצור הקולגן בעור. 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 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, הליך IVF, הנקה	
טיפולים הורמונליים (לסרטן, גיל המעבר וכו')	
מחלה וסקולרית פעילה (פלביטיס, טרומבופלביטיס, קרישיות דם ועוד)	
בעיות עור כרוניות / עור מגורה (כגון, אורטיקריה)	
מחלות רב מערכתיות (סכרת, מחלות קולגן, יתר לחץ דם, מחלות עורקים קורונריים, אי ספיקת כליות ועוד)	

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.

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)	
דימום בלתי נשלט (מחזור חודשי או דימום מסוג אחר), תרופות לדילול דם (כגון קומדין)	
צהבת	
מחלה או הפרעה אוטואימונית בעבר או בהווה	
נטילת איזוטרטינואין (רואקוטן) - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול	
קוצב לב מושל או דפיברילטור/קרדיוורטר לבבי אוטומטי (AICD)	
באישור רופא	
היסטוריה של קרצינומה (BCC / SCC)	
שיקולים מיוחדים	
צריכת אלכוהול	
עישון	
ניתוחים לאחרונה	
אמצעי מניעה – גלולות למניעת הריון	
מילוי והזרקה בחודש האחרון (למעט סיליקון)	
תרופות נוכחיות	
דלקת חריפה	
ירידה בתחושתיות	

תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן תחושת אי נוחות מסוימת, תחושת חום ועקצוצים באזור המטופל. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד באזור הטיפול אשר יחלפו, בדרך כלל, בין 12-24 שעות לאחר הטיפול עם או בלי טיפול מקומי, בחלק קטן מהמקרים תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים. במקרים נדירים הטיפול עלול לגרום לתופעות לוואי כגון רגישות יתר, אדמומיות, נפיחות, כוויה שטחית, בצקת, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים 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 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
- יש לבצע פעילות גופנית מינימלית (30-40 דקות הליכה) לאחר הטיפול
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת במהלך 48 שעות לאחר הטיפול
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול

o במהלך תקופת הטיפול יש להקפיד על:

o תזונה מאוזנת

o שתיית מים מרובה (לפחות 12 כוסות ביום)

o להימנע משתיית אלכוהול במהלך 48 שעות לאחר הטיפול

תיאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות אינדיבידואליות כגון גיל, מגדר ועובי רקמת השומן / מצב הצלוליט. כמו כן, תוצאות הטיפול מושפעות מאורח חיי ואופן שיתוף הפעולה של המטופל/ת עם הצוות המטפל ובהתאם למידת ההקפדה על מילוי ההמלצות וההנחיות לפני ואחרי כל טיפול. 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.

מטופלים מעל גיל 50 יידרשו למספר רב יותר של טיפולים, אך הדבר אינו מהווה סיבה להימנעות או לאי-הצלחתו של הטיפול. תופעות כגון: חוסר איזון הורמונאלי או רמת שומנים גבוהה בדם, מצריכות לעיתים בירור רפואי וכן מספר רב יותר של טיפולים. שינויים הורמונאליים (גיל המעבר) ובעיות מטבוליות (חילוף חומרים) עשויים לגרום לצבירת שומנים באזורים שונים בגוף ובמראה הצלוליט, ולכן יתכן שיהיה צורך להגדיל את מספר הטיפולים ו/או לגרוע מרמת התוצאה. מטופלים בעלי BMI מעל 30 אינם נכללים בממוצע של הטיפולים ובאחריותם לדאוג להפחתת יחס ה-BMI על ידי תזונה מאוזנת ופעילות גופנית.

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 יניתנו 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 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 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 בנטילת 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 _____