

\*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.

טופס הסכמה לטיפול  
במערכת  
Opus  
למיצוק העור  
באמצעות טכנולוגיית RF

פרטים אישיים

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

אודות הטיפול

הטיפול נועד לשפר את מיצוק העור ולהפחית את מראה הקמטים והקמטוטים בפנים ובגוף, באמצעות טכנולוגיית גלי רדיו (RF – Radio Frequency) המייצרת אנרגיה תרמית בטוחה בשכבות העור.

התוויה עיקרית לטיפול: \_\_\_\_\_.

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצא/ת במעקב רפואי שגרתי? \_\_\_\_\_  
כן/לא \_\_\_\_\_  
אם כן, אנו פרטי/י \_\_\_\_\_

האם הנך נוטל/ת תרופות דרך קבע או שנטלת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? \_\_\_\_\_  
כן/לא \_\_\_\_\_  
אם כן, אנו פרטי/י \_\_\_\_\_

האם עברת אשפוז/ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? \_\_\_\_\_  
כן/לא \_\_\_\_\_  
אם כן, אנו פרטי/י \_\_\_\_\_

האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? \_\_\_\_\_  
כן/לא \_\_\_\_\_  
אם כן, אנו פרטי/י \_\_\_\_\_

אנו 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, הנקה                                                                       |  |
| טיפולים הורמונליים (לסרטן, גיל המעבר וכו')                                                     |  |
| מחלה וסקולרית פעילה (פלביטיס, טרומבופלביטיס, קרישיות דם ועוד)                                  |  |
| בעיות עור כרוניות, עור מגורה (אורטיקריה, פסוריאזיס ועוד), ריפוי 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)                |  |

## \*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.

|                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 מושגל או דפיברילטור/קרדיוורטר לבבי אוטומטי (AICD)                       |  |
| גלוקומה                                                                         |  |
| <b>באישור רופא</b>                                                              |  |
| היסטוריה של קרצינומה (BCC / SCC)                                                |  |
| <b>שיקולים מיוחדים</b>                                                          |  |
| צריכת אלכוהול מוגברת                                                            |  |
| 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.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.
- בכדי להשיג תוצאה מיטבית יש להקפיד על ההנחיות לטיפול הביתי.

## תיאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות אינדיבידואליות כגון 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. מטופלים מעל גיל 50 יצטרכו מספר רב יותר של טיפולים, אך הדבר אינו מהווה סיבה להימנעות או לאי-הצלחתו של הטיפול. הובהר לי כי תוצאה אסתטית מיטבית מחייבת הקפדה על הנחיות לטיפול ביתי, סדרת טיפולים מלאה ולעיתים טיפולי תחזוקה.

## 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 /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 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 הצילומים של 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 \_\_\_\_\_