

טופס הסכמה לטיפול
Harmony XL
DYE SR/SSR ידית

פרטים אישיים

שם מלא _____ טלפון _____ תאריך לידה _____

אודות הטיפול

טיפול DYE SR/SSR מתבצעים על ידי שימוש בטכנולוגיית אור, בספקטרום צר של אורכי גל (550-650 nm), אשר הופכת לאנרגיית חום ונועדה להביא לשיפור מראה העור הכללי, הבהרת היפר-פיגמנטציה שטחית, שיפור אחידות גוון העור, טיפול בכלי דם שטחיים והפחתת אדמומיות.
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 אם נטלת 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 אם הופיעו אצלך תסמינים של אחת או יותר מהמחלות המפורטות להלן:

התווית נגד אבסולוטיות	
סרטן פעיל	
היסטוריה של סרטן העור	
היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה	
זיהום ויראלי או בקטריאלי, רגישות, אלרגיות ומחלות עור כגון: אקזמה, פסוריאזיס, הרפס, וטיליגו, ליכן פלנוס ועוד	
צלוליטיס באזור הטיפול	
היפו-פיגמנטציה (ויטיליגו)	
היסטוריה של הצטלקות קלואידית	
נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזוטרטינואין (רואקוטן), שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort לטיפול בדיכאון) - עד שישה חודשים לאחר תום 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.

אפילפסיה פוטו־סנסטיבית	
סוכרת לא מאוזנת	
שימוש בטרטינואין (Retin A) בשבועיים שקדמו לטיפול	
עור שזוף כתוצאה מחשיפה לשמש או משיזוף מלאכותי בחודש האחרון	
גוון עור 6 על פי פיצפטרק	
מחלות קולגן כגון: לופוס (זאבת), סקלרודרמה ועוד	
הפרעות בקרישת דם	
באישור רופא מומחה	
עבר סרטני עד 5 שנים	
דיכוי מערכת החיסון בשל מחלה אקוטית או כרונית	
נטילת תרופות ביולוגיות (טיפול ביולוגי) וכימותרפיות המחלישות את המערכת החיסונית	
שיקול דעת של הרופא המפעיל	
פצעים פתוחים, פגיעות שונות בעור, כוויות בעור	
הפרעות הורמונליות כגון: בעיות בתפקוד בלוטת יותרת הכליה, תת פעילות של בלוטת התריס ועוד	

תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוצים וכאב. כמו גם, תחושת סנוור בעקבות הפולסים הנפלטים מהידית. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד באזור הטיפול אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. לאחר הטיפול תופיע התכהות עדינה בכתמים שטופלו שימשכו בין 2-8 ימים לאחר הטיפול, ובמקרים נדירים מספר שבועות. לאחר מכן יופיע גלד שיתקלף מעצמו לאחריו ייחשף הגוון הטבעי של העור. בחלק מהמקרים יתכנו תופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם העור, בגוון העור ובמקרים נדירים, בפיגמנטציה של העור (היפו/היפר פיגמנטציה). תופעות אלו חולפות לרוב. לעיתים נדירות, תיתכן תגובת רגישות יתר באזור המטופל, 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 72 שעות לאחר הטיפול
- במשך 14 ימים לאחר הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש ומשיזוף בהתזה באזור הטיפול
- במהלך סדרת הטיפולים יש להימנע משיזוף במיטת שיזוף
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 50SPF
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר אשר עשוי לגרום לתגובה שלילית של העור
- יש להפסיק טיפול בחומרים פעילים 5 ימים לפני הטיפול וכן להימנע משימוש בחומרים פעילים 3 ימים לאחר הטיפול
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 24 שעות לאחר הטיפול
- 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 אופטימלית, ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. יש לציין, כי על פי מחקרים קליניים, בכ- 15% מהאנשים המתאימים לטיפול, לא תושגה 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 פרטי

שם משפחה

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

ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפל/ת מוסמכ/ת, הוסברה לי המהות העיקרית של הטיפול 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 לפתוח תיק מעקב טיפולים, בו יירשמו 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 מסכימ/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 בפלטפורמות השונות (אינטרנט, עיתונות וטלוויזיה ועוד) וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

תאריך _____

חתימת המטופל/ת _____