

## \*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 מערכת Alma Harmony ידיית ClearLift PRO

#### פרטים אישיים

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

#### אודות הטיפול

ידיית ClearLift PRO 1064nm פועלת בטכנולוגיית לייזר ומטפלת בהתוויות של הזדקנות העור, רפיון העור, היפר-פיגמנטציה והסרת קעקועים.

התוויה עיקרית לטיפול: \_\_\_\_\_

#### הצהרת בריאות

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

אם כן, אנא פרטי: \_\_\_\_\_

האם הנך נוטלת/תורפות 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:

התוויות נגד אבסולוטיות	
מחלת סרטן פעילה	<input type="checkbox"/>
היסטוריה של סרטן העור	<input type="checkbox"/>
הריון (לרבות הפריה חוץ-גופית, IVF), תקופת הנקה ועד לקבלת מחזור סדיר	<input type="checkbox"/>
אפילפסיה פטוסנסטיבית (רגישות לאור)	<input type="checkbox"/>
זיהום ויראלי או בקטריאלי, רגישות, אלרגיות ומחלות עור כגון: אקזמה, פסוריאזיס, הרפס, ליכן פלנוס, ליכן ניטידוס ועוד	<input type="checkbox"/>
צלוליטיס	<input type="checkbox"/>
היפו-פיגמנטציה (ויטליגו)	<input type="checkbox"/>
היסטוריה של הצטלקות קלואידית	<input type="checkbox"/>
מחלות קולגן כגון: לופוס (זאבת), סקלרודרמה ועוד	<input type="checkbox"/>

## \*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.

דיכוי מערכת החיסון בשל מחלה אקוטית או כרונית	
נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזוטרטינואין (רואקוטן), שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort לטיפול בדיכאון) - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול	
נטילת תרופות ביולוגיות (טיפול ביולוגי) ו/או כימותרפיות המדכאות את מערכת החיסון	
טרשת נפוצה	
כשל כלייתי (אקוטי או כרוני)	
<b>באישור רופא מומחה</b>	
עבר אונקולוגי (סרטני) עד 5 שנים	
מחלות כרוניות כגון: קרוהן, יתר לחץ דם ועוד	
מחלות כלי דם פריפריות כגון: תרומבוציטופניה, אנמיה ועוד	
דלקת מפרקים שיגרנית	
<b>שיקול דעת של הרופא המפעיל</b>	
שימוש בטרטינואין (Retin A) בשבועיים שקדמו לטיפול	
פצעים פתוחים, כוויות בעור, פגיעות שונות בעור	
הפרעות הרמוניות כגון: בעיות בתפקוד בלוטת יותרת הכליה, תת פעילות של בלוטת התריס (היפותאיירודיזם) ועוד	
הפרעות ומחלות פסיכיאטריות, לרבות תסמונת פוסט טראומטית	
סוכרת לא מאוזנת	

### תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן אי נוחות, תחושת חום, עקצוץ או צריבה קלה, אשר לרוב נעלמים תוך זמן קצר. תיתכן גם הופעת אדמומיות, נפיחות קלה או גרד באזור הטיפול – בדרך כלל תופעות אלו זמניות וחולפות מעצמן. במקרים מסוימים ייתכנו תופעות לוואי כגון שינוי במרקם העור, הופעת שלפוחיות, גלדים או שטפי דם, שינוי בגוון העור (היפו/היפר פיגמנטציה) לרוב זמניים, אך במקרים נדירים עשויים להישאר קבועים. לעיתים נדירות יופיעו תגובות מקומיות כגון בצקת, רגישות יתר, פצעונים, גירוי, או כוויה שטחית. תגובות אלו לרוב חולפות תוך שעות עד מספר ימים, עם או ללא צורך בטיפול. במקרה של תגובה חריגה או ממושכת, יש לפנות לרופא לאבחון והמשך טיפול.

### הנחיות לאחר הטיפול

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל
- אין להשתמש במים חמים באזור הטיפול ואין לשהות בג'קוזי או סאונה במשך 72 שעות לאחר הטיפול
- במשך 3-5 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 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 במהלך סדרת הטיפולים
- 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 תושגנה תוצאות משביעות רצון. זאת, ככל הנראה, בשל הבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

### הצהרת המטופל/ת

אני מצהירה ומאשרת/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 המטפלת/ת והתוצאות המצופות ממנו לרבות ההיבטים המקצועיים וסייגים המהווים חלק בלתי נפרד מתיאום הציפיות.

אני מצהירה ומאשרת/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 מטפלת/ת מוסמכת/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 המטפלת/ת. אני מאשרת/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 מאשרת/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות להלן ושהפרטים לעיל הינם נכונים ומלאים ולא הסתרתי כל מידע אודות מצבי הרפואי  
אני מתחייבת/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטיילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

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

אני הח"מ, הרופא/ה / המטפלת/ת, מצהירה ומאשרת/ת כי הנ"ל חתמה בפני לאחר שהסברתי לה כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על טופס ההסכמה הנ"ל לאחר ששוכנעתי כי הבינה היטב את הסברי במלואם.

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אני מסכימה/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, טלוויזיה ועוד) וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

חתימת המטופל/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_