

## \*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 ידית ClearVas 1064nm

#### פרטים אישיים

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

#### אודות הטיפול

ידית ClearVas 1064nm פועלת בטכנולוגיית לייזר ומיועדת להסרה וטשטוש של נימי דם המכונים בשם קופורוז או כלי דם קטנים שאינם פונקציונאליים (טלאנגיאקטזיות, המנגיומות ואנגיומות) בפנים, בדקולטה וברגליים. אנרגיית הלייזר מסייעת לסגירה ולספיגת כלי הדם השטחיים באזור הטיפול.

#### 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	<input type="checkbox"/>
היסטוריה של סרטן העור	<input type="checkbox"/>
היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה	<input type="checkbox"/>
זיהום ויראלי או בקטריאלי, רגישות, אלרגיות ומחלות עור כגון: אקזמה, פסוריאזיס, הרפס, וטיליגו, ליכן פלנוס ועוד	<input type="checkbox"/>
היסטוריה של הצטלקות קלואידית	<input type="checkbox"/>
נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזוטרטינואין (רואקוטן), שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort לטיפול בדיכאון) - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול	<input type="checkbox"/>
אפילפסיה פוטוסנסטיבית	<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.

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

### תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, לאחר הטיפול ועד מספר ימים לאחר הטיפול. במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר שבועות. לעיתים קרובות תיתכן התכהות של כלי הדם באזור הטיפול כחלק מתהליך הטיפול. 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.

תתכן חזרה של כלי הדם באזור הטיפול או באזורים אחרים לאחר הטיפול, במקרים אלו ניתן לחזור על הפרוצדורה לאחר חודשיים. בעלי גוון עור כהה הינם בסיכון גבוה יותר להתפתחות תופעות לוואי עוריות כמו שינוי גוון והבדלי גוון, כאב ואף צלקות.

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 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 מעל 50SPF
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול
- מומלץ להשתמש בקרם הרגעה באזור הטיפול מספרימים 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 תושג 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 הטיפול בנימי דם וכלי דם לא פונקציונלים.

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 בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

מטופל/ת				
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	תאריך	
אפטרופוס/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 \_\_\_\_\_