

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
ידי Iris Acne**

פרטים אישיים

שם מלא _____ טלפון _____ תאריך לידה _____

אודות הטיפול

ידי Iris Acne פועלת בטכנולוגיית IPL ומטפלת בהתוויות של אקנה פעיל באמצעות אור כחול. ההתוויה העיקרית לטיפול: אקנה.

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:

התוויות נגד אבסולוטיות	
סרטן פעיל ו/או טיפול תרופתי נגד סרטן (כגון דוקסובאקסין, פלואורואורציל, מתטרקסט, וכדומה)	<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, פצעים פתוחים או פריחות, עור מודלק, אדום, מגורה ומחלות עור כגון: אקזמה, פסוריאזיס, הרפס, וטיליגו, ליכן פלנוס ועוד	<input type="checkbox"/>
נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזוטרטינואין (רואקוטן) או שימוש בהיפיריקום (צמח המרפא St. John's Wort לטיפול בדיכאון) ב-6 חודשים האחרונים	<input type="checkbox"/>
שימוש בתרופה מקומית פוטוסנסטיבית ב-3 חודשים האחרונים	<input type="checkbox"/>
שימוש בטרטינואין (רטין A) בשבועיים האחרונים	<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 (עקב רגישות מוגברת לפוטוסינטיסיביות וריפוי פצעים לא תקין)	
מחלות קולגן כגון: לופוס (זאבת), סקלרודרמה ועוד	
עור שזוף (שיזוף פעיל) עקב חשיפה לשמש או שימוש במיטות שיזוף ב-30 הימים האחרונים	
באישור רופא מומחה	
עבר סרטני עד 5 שנים - באישור רופא מטפל	
נטילת נוגדי קרישה	
שיקול דעת של המטפל המפעיל	
שימוש אוראלי ו/או טופיקלי בסטרואידים	

תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

במהלך הטיפול תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום או עקצוץ שיופיעו כתגובה לטיפול. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים. 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 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

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.

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.

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 מוסמכת, 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 מתחייבת/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפול.

מטופל/ת				
שם משפחה	שם פרטי	חתימה	תאריך	
אפוטרופוס/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