

**\*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 SupErb 2094nm**

**פרטים אישיים**

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

**אודות הטיפול**

ידיית SupErb 2940nm פועלת בטכנולוגיית לייזר ומיועדת לטיפול ולשיפור משמעותי במראה וטקסטורת העור ולהתוויות כגון הזדקנות העור, צלקות, סימני מתיחה, הסרת נגעים והיפר-פיגמנטציה.  
התוויה עיקרית לטיפול: \_\_\_\_\_.

**הצהרת בריאות**

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת/במעקב רפואי שגרתי? \_\_\_\_\_

אם כן, אנא פרטי: \_\_\_\_\_

האם הנך נוטלת/תרופות דרך קבע או אם נטלת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? \_\_\_\_\_

אם כן, אנא פרטי: \_\_\_\_\_

האם עברת אשפוז/ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? \_\_\_\_\_

אם כן, אנא פרטי: \_\_\_\_\_

האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה, לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? \_\_\_\_\_

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	
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	
ריפוי לא תקין של העור באזור הטיפול	
היפו-פיגמנטציה (ויטיליגו)	
היסטוריה של הצטלקות קלואידית	
נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזוטרטינואין (רואקוטן), שימוש בהיפיריקום (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.

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	
דיכוי מערכת החיסון בשל מחלה אקוטית או כרונית	
נטילת תרופות ביולוגיות (טיפול ביולוגי) וכימותרפיות המחלישות את המערכת החיסונית	
טיפולי הקרנות (למשל בטיפול בקלואידים)	
פילינג עמוק בשלושת החודשים שקדמו לטיפול	
הפרעות הרמונליות 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	
אפילפסיה	
נטילת נוגדי קרישה	
<b>שיקול דעת של הרופא המפעיל</b>	
ניתוח עפעפיים בעבר	

### תופעות לוואי צפויות לאחר הטיפול

הטיפול מבוסס על יצירת חירור מבוקר של שכבת העור השטחית וביצירת חימום תת-עורי. כתוצאה מכך, במהלך ולאחר הטיפול תיתכן תחושת כאב, חום, צריבה ו/או גרד. בנוסף, ייתכן אודם מקומי (erythema) באזור המטופל. תופעות אלו נחשבות שכיחות וחולפות, ולרוב נמשכות בין 5 ל-8 ימים. במקרים נדירים ייתכן שהתסמינים יתמשכו אף מספר שבועות.

הטיפול עשוי להיות מלווה בתופעות לוואי נוספות, כגון שינויים זמניים במרקם העור או בגוון העור (היפר/היפו פיגמנטציה). תופעות אלה חולפות לרוב תוך מספר שבועות, ובמקרים נדירים תוך מספר חודשים. לעיתים נדירות ייתכנו תופעות נוספות באזור הטיפול, כגון: רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כוויה שטחית, גלדים, חבורות, תגובות אלרגיות או הופעת פצעונים. תופעות אלו חולפות לרוב תוך שעות ספורות עד מספר ימים, עם או ללא צורך בטיפול. קיים סיכון נדיר להיווצרות צלקת באזור המטופל. במקרה של תגובה ממושכת, מתגברת או בלתי שגריתית, יש לפנות לרופא המטפל לצורך אבחון וטיפול מתאים.

### 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 14 ימים לאחר הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש ומשיזוף בהתזה באזור הטיפול
- במהלך סדרת הטיפולים יש להימנע מחשיפה ישירה וממושכת לשמש ומשיזוף במיטת שיזוף
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה 50SPF
- במשך 72 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 עד לאחר נשירת כלל הגלדים
- מומלץ להשתמש בתכשיר Stratacel מיד בתום ההליך ולמשך 24 שעות לסיוע בתהליך הריפוי

## \*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.

- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול במהלך סדרת הטיפולים
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות 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.

### 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 הסתרת 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
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).

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