

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 טכנולוגיית SHR

פרטים אישיים

שם מלא _____ טלפון _____ תאריך לידה _____

אודות הטיפול

טיפול הסרת שיער בטכנולוגיית SHR פועל באמצעות חימום הדרגתי של זקיק השערה במטרה לנתק אותו מאספקת הדם המזינה אותו.
התוויה עיקרית לטיפול: הסרת שיער.

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת/במעקב רפואי שגרתי? _____
כן/לא _____
אם כן, אנא פרטי: _____

האם הנך נוטלת/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	
מחלת סרטן פעילה	
היסטוריה של סרטן העור	
הריון (לרבות הפריה חוץ-גופית, IVF), תקופת הנקה ועד לקבלת מחזור סדיר	
אפילפסיה פוטו-סנסטיבית (רגישות לאור)	
זיהום ויראלי או בקטריאלי, רגישות, אלרגיות ומחלות עור כגון: אקזמה, פסוריאזיס, הרפס, ליכן פלנוס, ליכן ניטידוס ועוד	
היסטוריה של הרפס סימפלקס חוזר באזור הפה או הרפס באברי המין (בעת טיפול באזור קו ביקיני/מפשעות)	
היסטוריה של דלקות עור חוזרות	
היסטוריה של הצטלקות קלואידית	
שימוש ברטין A או משחות פוטו-סנסטיביות בהווה או בשבועיים שקדמו לטיפול	

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.

נטילת תרופות פוטוסנסטיביות כגון: איזוטרטינואין (רואקוטן), שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort לטיפול בדיכאון) - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול	
טיפול זהב (Gold Therapy)	
קעקועים או שומות באזור המטופל	
חשיפה לשמש/שיזוף מלאכותי בימים האחרונים	
באישור רופא מומחה	
עבר אונקולוגי (סרטני) עד 5 שנים	
שיקול דעת של הרופא המפעיל	
פצעים פתוחים, כוויות בעור, פגיעות שונות בעור	
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 או גרד באזור הטיפול – בדרך כלל תופעות אלו זמניות וחולפות מעצמן. במקרים נדירים ייתכנו תופעות לוואי כגון שינוי במרקם העור, הופעת שלפוחיות, גלדים, 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, הופעת פצעונים 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 מומלץ להימנע מחשיפה לשמש ומשיזוף בהתזה באזור הטיפול
- 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
- 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/ר/מר/גב' _____

שם משפחה שם פרטי

על הסרת שיער בטכנולוגיית SHR (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 טופס 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, טלוויזיה ועוד) וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

תאריך _____

חתימת המטופל/ת _____