

## טופס הסכמה לטיפול במיצוק והדגשת תווי פנים

מידע אישי

שם: \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

שם המכשיר/ ידית \_\_\_\_\_ שם המטפל/ת \_\_\_\_\_ שם בית העסק: \_\_\_\_\_

### אודות הטיפול ואופיו

טיפולים בטכנולוגיית NIR מיועדים לנשים וגברים לשיפור מרקם העור, מיצוק העור וטשטוש קמטים וקמטוטים. הטיפולים מיועדים לטיפול בהזדקנות העור באזור הפנים והגוף. תידרש סדרת טיפולים לקבלת האפקט הרצוי. טיפולי NIR מתבצעים בטכנולוגיית אור ייחודית המאפשרת חימום עמוק ויעיל לבנייה מחודשת של רשת הקולגן והאלסטין.

### תאום ציפיות

הצעת העור ע"י טיפול NIR מתבצעת ע"י סדרת טיפולים. התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינו. בנוסף, מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. לפי מחקרים קליניים, בכ-15% אחוז מהאנשים המתאימים לטיפול, לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

### מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה

תיתכן אי נוחות מסוימת ותחושת חום עקצוץ שיכולים להופיע במהלך הטיפול. תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים. הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי כגון תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים.

### הצהרת המטופל/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפלת מוסמכת ובעלת ניסיון הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו אסתטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול במיצוק והדגשת תווי פנים וכי קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול, השלכותיו והסיכונים הכרוכים בטיפול ותופעות הלוואי לרבות: אופי ואופן הטיפול, התוצאות המצופות ממנו לרבות ההיבטים המקצועיים וסייגים המהווים חלק בלתי נפרד מתאום הציפיות. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי על פי שיקול הדעת של המטפל/ת. אני מאשר/ת את הסכמתי לפתיחת תיק מעקב טיפולים בו ירשמו ויתועדו נתוני האישיים ונתוני הטיפולים לרבות צילומים של אזור הטיפול.

חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_

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 במדיות השונות (אינטרנט, עיתונות וטלוויזיה ועוד), וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסויי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_

## הצהרת בריאות

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

האם הנך נוטלת/תרופות דרך קבע או שנטלת 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: \_\_\_\_\_

האם בעבר או בהווה חלית במחלות או היו סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות סמני/ופרטי: \_\_\_\_\_

אסור לטפל
<input type="checkbox"/> סרטן על כל סוגיו
<input type="checkbox"/> היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF)
<input type="checkbox"/> מחלות העלולות להיות מוחמרות על ידי חשיפה לקרן אור בטווח האינפרא אדום
<input type="checkbox"/> חשיפה ממושכת לשמש במהלך 3-4 שבועות לפני ואחרי כל טיפול
<input type="checkbox"/> זיהום פעיל ו/או הרפס סימפלקס באזור הטיפול / שימוש בתרופה מונעת
<input type="checkbox"/> דלקת חריפה בעור
<input type="checkbox"/> שימוש באנטיביוטיקה ו/או אנטיפוגיטים
<input type="checkbox"/> עור רגיש ויבש
<input type="checkbox"/> פצעים פתוחים, פגיעות שונות בעור ו/או כוויות
<input type="checkbox"/> שימוש בנוגדני קרישה או שטף דם
<input type="checkbox"/> היסטוריה של בעיות בקרישת הדם
<input type="checkbox"/> הפרעות הורמונליות המגורות על ידי אור חזק
<input type="checkbox"/> היסטוריה של הצטלקות קלואידית
<input type="checkbox"/> סכרת
<input type="checkbox"/> אפילפסיה

הוסברה לי חשיבות הקפדה על מילוי אחר ההוראות שניתנו ו/או יינתנו לי ע"י המטפל, בקשר לפרקי הזמן בין הטיפולים והמלצות לאחר הטיפול, בין היתר, כדלקמן:

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל.
- אין להשתמש במים חמים, ג'קוזי או סאונה במשך 24 שעות לאחר הטיפול.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור.
- במשך 3 עד 5 ימים לאחר הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה.
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 30.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי. אני מתחייבת/להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

שם המטופל	שם משפחה	שם פרטי	חתימה
שם האפוסטרופוס	שם משפחה	שם פרטי	חתימה

## הצהרת המטפלת

\*הנני מצהירה ומאשר/ת בזאת כי המטפל שיבצע את הטיפול מוסמך ע"י החברה היצרנית לבצע טיפולים מסוג זה. כמו כן, במכשיר המיועד לטיפול בוצעו כל הבדיקות והטיפולים התקופתיים הנדרשים ע"י החברה היצרנית והוא נמצא תקין וכשיר לעבודה. הנני מתחייבת/ת כי חלקי המכשיר והידיות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

שם המטפלת	שם משפחה	שם פרטי	חתימה
שם המטפלת	שם משפחה	שם פרטי	חתימה