

טופס הסכמה לטיפול להחדרת חומרים פעילים לעור על ידי אולטרה סאונד

מידע אישי

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ טל: _____
כתובת: _____ גיל: _____ תאריך: _____

אודות הטיפול

טיפולים להחדרת חומרים פעילים לעור מתבצעים בטכנולוגית אולטרה סאונד, על ידי לחץ מכני של גלי אקוסטיים. הטיפולים מיועדים לנשים וגברים המעוניינים בשיפור מצב העור.

פעולת הטיפול עלולה להיות כרוכה במספר היבטים:

יתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים הכרוכים במהלך הטיפול. תיתכן הופעת אדמומיות (אריתמה) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. תהליך החלמת העור עשויה להימשך מספר שעות עד מספר ימים, במקרים חריגים. הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כוויה שטחית, גלדים, חבורות זמניות, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של קבלת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם וכן לא ניתן לדעת בוודאות מה תהיה התוצאה הסופית אלא במידה משוערת בלבד. מספר הטיפולים שידרשו והתוצאות הקליניות תלויות במין המטופל, גילו, מצב העור ובאזור הטיפול. 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, בקרב 15% מהאנשים המתאימים לטיפול לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. לא נמצא הסבר מבוסס למקרים מסוג זה. מטופלים מעל גיל 50 יידרשו למספר טיפולים גבוה מהממוצע, אך הדבר אינו מהווה סיבה להימנעות מטיפול או לאי-הצלחתו של הטיפול.

הצהרת המטופל/ת

הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו קוסמטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול בהחדרת חומרים פעילים לעור 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 מאשרת את הסכמתי לפתיחת תיק מעקב טיפולים בו ירשמו ויתועדו נתוני האישיים ונתוני הטיפולים לרבות צילומים של אזור הטיפול, תגובות ותוצאות הטיפולים ומידע אישי (גיל, מין ואנמנזה רפואית, ככל שישנן).

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 (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

חתימת המטופל/ת: _____

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצא במעקב רפואי שגרתית? כן/לא, אם כן אנא פרטי/

האם הנך נוטל/ת 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

- כאב גוף לא מאובחן
- סרטן
- שחפת פעילה
- פסוריאזיס
- זרימת דם ירודה
- זיהום
- הריון
- טיפול במערכת עצבים מרכזית או באיברי רבייה
- שטלים פלסטיים
- שטלים מתכתיים בסמוך לאזור הטיפול
- קוצב לב מושטל או דפיברילטור/AICD
- פקקת ורידים
- דימום בילתי נשלט או תרופות לדילול דם (קומדין)
- מחלות לב
- בקעים בדופן הבטן
- סוכרת
- צהבת
- HIV חיובי

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 48 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 להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- מומלץ להשתמש בקרם הגנה באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול.

שם הלקוחה: _____ שם פרטי _____ חתימה _____ תאריך: _____

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

שם האפוסטרופוס: _____