

טופס הסכמה לטיפול בידית Clear Lift למיצוק וחיידוש העור

מידע אישי

שם: _____ טל: _____ כתובת: _____ גיל: _____

שם המכשיר/ ידית _____ שם המטפל/ת _____ שם בית העסק: _____

אודות הטיפול ואופיו

Clearlift הינה שיטת טיפול חדשנית להצרת עור הפנים שפותחה במיוחד עבור מי שאינו מעוניין לעבור פרוצדורות כירורגיות הכרוכות בכאב רב וזמן החלמה ממושך הקוטע את שגרת החיים. תופעות לוואי לטיפול זה הינן נדירות. הטיפולים מיועדים לנשים וגברים לשיפור מרקם העור, מיצוק העור וטשטוש קמטים וקמטוטים. הטיפולים מיועדים לטיפול בהזדקנות העור, נזקי שמש שטחיים.

יש צורך בסדרת טיפולים לקבלת האפקט הרצוי. הטיפול בידית ה-ClearLift (Nd:Yag QS1064nm) מתבצע ע"י פליטת אנרגיית לייזר חזקה בתצורת פיקסלים המייצרת חירורים מיקרוסקופיים מתחת לפני העור, חימום תת עורי וגלי שוק.

בעקבות הטיפול העור צפוי לעבור חימום שטחי שבעקבותיו תופיע התמצקות ע"י חיידוש סיבי הקולגן והאלסטין בדרמיס. תהליך הבנייה מחדש של העור צפוי להמשך עד כחצי שנה לאחר הטיפול.

תאם ציפיות

הצרת העור בלייזר Clearlift מתבצעת על ידי סדרת טיפולים. התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות, גיל, מין ומצב העור. בנוסף, מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. על פי מחקרים קליניים, בכ 15%- מהאנשים המתאימים לטיפול, לא תושגנה תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. זאת, ללא הסבר מדעי ברור. ככל הנראה המדובר בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

מהלך הטיפול ותופעות לוואי אפשריות לרבות במהלך תהליך ההחלמה

במהלך הטיפול תיתכן תחושת 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.

תופעות לוואי אפשריות, כגון: שינויים במרקם העור, בגוון העור ובמקרים נדירים בפיגמנטציה של העור (היפו/היפר פיגמנטציה).

תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, אדמומיות, נפיחות, כוויה שטחית, בצקת, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של הופעת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

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 וחיידוש העור 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 המטפלת. אני מאשר/ת 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: _____

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצא/ת במעקב רפואי שגרתי? 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 סמנ/י ופרטי/_____

| התוויות נגד בהתאם לשיקול דעת הרופא | התוויות נגד אבסולוטיות |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> סכרת לא מאוזנת | <input type="checkbox"/> סרטן על כל סוגיו |
| <input type="checkbox"/> טרומבוציטופניה | <input type="checkbox"/> היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) |
| <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם פריפריות | <input type="checkbox"/> זיהום בקטריאלי או ויראלי |
| <input type="checkbox"/> אנמיה | <input type="checkbox"/> הפרעה במערכת החיסון |
| <input type="checkbox"/> הפרעות בקרישת הדם | <input type="checkbox"/> מחלות עור פעילות כגון: פסוריאזיס, ויטיליגו, ילפת |
| <input type="checkbox"/> דלקת מפרקים שגרונית | <input type="checkbox"/> הרפס סימפלקס |
| <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות פסיכיאטריות | <input type="checkbox"/> מחלות קולגן |
| <input type="checkbox"/> היסטוריה של היפר-פידמנטציה פוסט דלקתית | <input type="checkbox"/> Keloid |
| <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות כגון: הקרוהן IBD, ועוד... | <input type="checkbox"/> צלוליטיס |
| <input type="checkbox"/> בעיות עור כרוניות / עור מגורה | <input type="checkbox"/> תרופות מסוימות לדוגמא: Accutane |

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 להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 30.
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת-48 שעות לאחר הטיפול.
- 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/ת 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 האפוטרופוס | שם משפחה | שם פרטי | חתימה |
| | | | |

הצהרת המטפל/ת
*הנני מצהיר/ה 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 והידידות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

| שם המטפל/ת | שם משפחה | שם פרטי | חתימה |
|------------|----------|---------|-------|
| | | | |