

## טופס הסכמה לטיפול בהצרת היקפים

### מידע אישי

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

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

### אודות הטיפול

טיפולים מתבצעים במספר טכנולוגיות הקפאת שומן, גלי רדיו, גלי אולטרסאונד וגלי הלם. הטיפולים מיועדים לנשים וגברים המעוניינים בהצרת היקפים. טיפולים אלו פותחו במיוחד עבור מי שאינו מעוניין לעבור טיפולים פולשניים למיניהם הכרוכים בכאב רב, בתופעות לוואי בלתי רצויות ובזמני החלמה ארוכים הקוטעים את שגרת החיים.

### פעולת הטיפול עלולה להיות כרוכה במספר היבטים:

בדרך כלל, קיימת תחושת אי נוחות מינימלית לאחר הטיפול. לרוב המטופלים חוזרים לפעילות רגילה מיד לאחר הטיפול. עם זאת ייתכן ותופענה אחת או יותר מן התחושות הבאות: גירוד עקצוץ, רגישות וכאב באזור המטופל, כיווץ שרירים, בחילה, נפיחות, שלשול, עוויתות שרירים ו/או כאב, אי נוחות מסוימת, תחושת חום, כאבים הכרוכים במהלך הטיפול. ייתכן והשינוי ייראה כבר אחרי שלושה שבועות לאחר הטיפול והתוצאות המלאות תופענה לאחר חודש עד חודשיים. במקרים נדירים, תופיע באזור המטופל בצקת, שלפוחיות, כוויה, גלדים, חבורות זמניות, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים, צבע עור כהה יותר, נוקשות, גושים תת עוריים, הגדלת של אזור המטופל, בקע (hernia) או החמרה של בקע קיים בעקבות הטיפול. התערבות כירורגית עשויה להיות נחוצה על מנת לתקן את התגברות הבקע. יש להתייעץ עם רופא, אם התופעה נמשכת במשך יותר משבועיים או מחמירה עם הזמן. בעקבות הטיפול, תחול הפחתה הדרגתית בעובי שכבת השומן.

### תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם ובין אזור אחד בגוף למשנהו, 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 מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול בשיפור במראה צלוליט והצרת היקפים 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, 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/י

האם הנך נוטל/ת תרופות דרך קבע או שנטלת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם עברת אשפוז/ ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם בעבר או בהווה חלית במחלות או היו סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות? סמני/י ופרטי/י

### אסור לטפל

- היסטוריה של גידול ממאיר בעור, סרטן, היסטוריה של סרטן
- בעיות עור כרוניות / עור מגורה / דלקת, פציעות באזור הטיפול/ פסוריאזיס
- הריון (כולל הפריה חוץ גופית), תקופת הנקה
- מחלת קולגן פעיל או מחלת כלי דם
- דלקת ורידים וקרישת דם (הקשורים להמטולוגיה)
- שימוש לאחרונה (פחות מ 6 חודשים) של איזוטרטינואין (רואקוטן, קיורטן וכו')
- קוצב לב מושטל או דפיברילטור / לבבי אוטומטיים (AICD)
- מחלה רב מערכתית (סוכרת, יתר לחץ דם, מחלת לב, מחלות איברי הרבייה אי ספיקת כלילית)
- מחלות מערכת עיכול ובטן
- בקע פעיל, ניתוח בקע
- רגישות ידועה לקור דוגמת אורטיקריה או מחלת Raynaud (Hemoglobinuria/Paroxysmal cold/ Cryoglobulinemia)
- זרימת דם פגועה באזור המטופל
- רקמת צלקת טרייה מניתוח באזור המטופל
- שימוש קבוע בתרופות אנטי-דלקתיות
- שתלים מתכתיים/פלסטיים גדולים באזור הטיפול
- כאב סומטי לא מאובחן
- דימום לא מבוקר או מדללות דם (קומדין וכו')
- היסטוריה שימוש בחומרים מסיסים שומן

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 בעור.
- במהלך שלושת הימים שלאחר הטיפול יש לבצע פעילות גופנית, כמו הליכה ו/או כל פעילות ספורטיבית אחרת. יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול.
- מומלץ להשתמש בקרם לחות והגנה 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: \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס: \_\_\_\_\_