

טופס הסכמה לטיפול בהסרת שיער בטכנולוגיית SHR

שם המכשיר	שם הידית	שם בית העסק

אודות הטיפול טיפול הסרת שיער המתבצע באמצעות טכנולוגיית SHR המאפשרת חימום הדרגתי של זקיק השערה והרקמה לאורך זמן ותוך כדי תנועה.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינו ובהתאם למצב המטופל. מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם.

לפי מחקרים רפואיים, באחוז נמוך מהמקרים, לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

מהלך הטיפול ותהליך ההחלמה:

תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים במהלך הטיפול.

תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, כיום עד יומיים לאחר הטיפול.

תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים.

לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, שתתבטא בנפיחות 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 תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

עלולים להיות שינויים זמניים בגוון העור באיזור שטופל. שינויים אלה חולפים לרוב תוך מספר שבועות – חודשים מתום הטיפול.

הצהרת המטופל/ת:

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיבוכים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפלת מוסמכת ובעלת ניסיון.

הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה שהטיפול הינו אסתטי. כמו-כן, הוסברה לי האפשרות שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים).

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול 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 בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול על פי שיקול הדעת של המטפלת/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 נמצאת/ת במעקב רפואי שגרתי? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם הנך נוטלת/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 לך סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות? סמני/י ופרטי/י

אסור לטפל
<input type="checkbox"/> הסטוריה של דלקות עור חוזרות
<input type="checkbox"/> היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF)
<input type="checkbox"/> היסטוריה של הרפס סימפלקס חוזר, בעיקר סביב הפה
<input type="checkbox"/> היסטוריה של הרפס באברי המין (בעת טיפול באזור הביקיני או המפשעות)
<input type="checkbox"/> היסטוריה של הצטלקות קלואידית
<input type="checkbox"/> נטילת איזוטרטינואין (ראקוטן) בהווה או בששת החודשים שקדמו לטיפול
<input type="checkbox"/> שימוש בטרטינואין – Retin A בהווה או בשבועיים שקדמו לטיפול
<input type="checkbox"/> אפילפסיה
<input type="checkbox"/> היסטוריה של מחלות עור כגון: skin disorders, Koebnerizing, ויטליגו ופסוריאזיס
<input type="checkbox"/> חשיפה לשמש ו/או שיזוף מלאכותי בימים האחרונים לפני הטיפול
<input type="checkbox"/> קעקועים או שומות באזור המטופל
<input type="checkbox"/> סרטן על כל סוגיו, במיוחד סרטן העור (מלנומה)
<input type="checkbox"/> נטילת תרופות פוטוסנסטיביות, טיפול זהב (Gold therapy)

- הוסברה לי חשיבותה של 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 72 שעות לאחר הטיפול.
 - במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור כגון תכשיר פילינג.
 - על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות יתר שהופיעה לאחר הטיפול.
- אני מאשרת/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 האפוסטרופוס	שם משפחה	שם פרטי	חתימה

הצהרת המטופל/ת

*הנני מצהיר/ה ומאשרת/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 המטופל/ת	שם משפחה	שם פרטי	חתימה

