

## טופס הסכמה לטיפול פילינג, שיוף וקילוף העור בטכנולוגיית IPixel RF

שם המכשיר	שם הידית	שם בית העסק

### אודות הטיפול

סדרת הטיפולים לשיוף, קילוף ופילינג העור באמצעות ידית Microplasma או באמצעות ידית Spark המתבצעת באמצעות גלי רדיו. טכנולוגיית ה- IPixel RF משלבת את 2 הפעולות החשובות ביותר לחידוש העור: חירור ע"י אבלציה (אידיוי מולקולות מים) וחימום. שתי פעולות אלה מפעילות סדרת תהליכים בעור המאיצים את התחדשות התאים ליצירת רקמה חדשה. הטיפולים מיועדים לשיפור משמעותי במראה וטקסטורת העור הכללית ולטיפול בצלקות, צלקות אקנה וסימני מתיחה.

### תאום ציפיות

יש להתייחס לסדרת טיפולים שלמה. 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% אחוז 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 והליך ההחלמה:

הטיפולים כרוכים בכאב, תחושת חום ועקצוץ. הטיפולים מאופיינים בחירור מבוקר של שכבת העור השטחית וחימום תת עורי. לאחר הטיפולים תהיה אדמומיות (Erythema) ו/או גרד באזור הטיפול שימשכו בן 2-8 ימים לאחר הטיפול, ובמקרים נדירים מספר שבועות. תהליך החלמת העור ימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים. הטיפול כרוך בסיכון לתופעות לוואי, כגון שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל תוך מספר שבועות ובמקרים נדירים תוך מספר חודשים. קיים סיכוי תיאורטי להצטלקות באזור שטופל. הסיכוי לכך נדיר. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות או בצקת, שלפוחיות, כווייה 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.

### 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 שיוף/קילוף/פילינג העור באמצעות ידית Micro plasma ו/או ידית Spark 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/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 נמצאת/ת במעקב רפואי שגרתי? כן/לא, אם כן אנא פרטי/

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

שיקולים מיוחדים	אסור לטפל
<input type="checkbox"/> צריכת אלכוהול מוגברת	<input type="checkbox"/> סרטן על כל סוגיו
<input type="checkbox"/> ניתוחים לאחרונה	<input type="checkbox"/> היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF)
<input type="checkbox"/> דלקת חריפה	<input type="checkbox"/> זיהום בקטריאלי או ויראלי
<input type="checkbox"/> ירידה בתחושה	<input type="checkbox"/> מערכת חיסונית ירודה
<input type="checkbox"/> שתלים דנטאליים (גשר)	<input type="checkbox"/> נטילת איזטרטינואין (רואקוטון) עד שישה חודשים לאחר סיום הטיפול
<input type="checkbox"/> מילוי והזרקה בחודש האחרון (למעט סיליקון)	<input type="checkbox"/> סקלרודרמה (טרשת רקמת החיבור)
	<input type="checkbox"/> כוויות באזור הטיפול
	<input type="checkbox"/> שתלים מתכתיים סמוך לאזור הטיפול
	<input type="checkbox"/> קוצב לב או דפיברילטור (מכשיר היפוך חשמלי אוטומטי AICD) מושתל
	<input type="checkbox"/> פילינג עמוק ו/או טיפול קוסמטי אבלטיבי בשלושת החודשים האחרונים
	<input type="checkbox"/> מחלת קולגן או כלי דם פעילה

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 בקרם לחות או בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור.
- יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה במשך הטיפול וכן 14 יום לפני ואחרי הטיפול.
- יש להקפיד על שימוש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 30.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות יתר שהופיעה לאחר הטיפול.

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי.  
אני מתחייב/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 מתחייב/ת כי חלקי המכשיר והידיות הינם חלקים מקוריים אשר נרכשו מהמשווק המורשה של המכשיר בישראל.

שם המטפל/ת	שם משפחה	שם פרטי	חתימה