

אני הח"מ, «שם מטופל» תאריך לידה: «ת_לידה» ת.ז: «תז» כתובת: «כתובת_מטופל» טלפון: «סלולרי» מבקש/ת מד"ר אכי פרידמן לטפל בי בטיפול באזור _____

אודות הטיפול

הטיפולים מיועדים להסרה וטשטוש של נימי דם המכונים בשם קופרוז או כלי דם קטנים שאינם פונקציונליים (טלאנגיאקטזיות, המנגיומות ואנגיומות) בפנים ובדקולטה .
הטיפולים מתבצעים באמצעות אנרגיית אור ומסייעים לשיפור מראה העור ולסגירתם ולספיגתם של כלי הדם השטחיים באיזור הטיפול.

תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, גילו ומינו .
מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. לרוב יש צורך ב 1-3 טיפולים להשגת תוצאה רצויה.
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:

הלך הטיפול כרוך באי נוחות: תחושת חום, עקצוץ או כאבים. הטיפול כרוך ביצירת כוויה מבוקרת ועל כן תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, כיום עד יומיים לאחר הטיפול .
כלי הדם באיזור הטיפול עשויים להתכווץ מיד לאחר הטיפול.
תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים.
הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי כגון: שינויים בעור- במרקם העור ובגוון העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפחות 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 .
שינויים פיגמנטיים (היפו היפר פיגמנטציה) תתכן חזרה של כלי הדם באיזור הטיפול או באיזורים אחרים חודשים לאחר הטיפול במקרים אלו ניתן לשוב לטיפול חוזר .
בעלי גוון עור כהה הינם בסיכון גבוה יותר להתפתחות תופעות לוואי עוריות כמו שינויי גוון והבדלי גוון, כאב נלווה לטיפול ואף צלקות במקרים של קבלת תגובות 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 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 כלי דם 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 המטופלת:

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 כיוסי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).
חתימת המטופל/ת: _____

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת במעקב רפואי שגרתי? 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

- סרטן על כל סוגיו ו/או שימוש בתרופות נגד סרטן כגון: Ducabaxine, Fluorouracil, Methotrexate וכדומה היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה
- עור שזוף כתוצאה מחשיפה לשמש או משיזוף מלאכותי בחודש האחרון היפו-פיגמנטציה (ויטיליגו)
- מחלת עור דלקתית (אקזמה, זיהום פעיל בהרפס סימפלקס ועוד...) באזור הטיפול
- היסטוריה של הצטלקות קלואידית
- נטילת איזוטרטינואין (רואקוטן) ו/או תרופות פוטוסנסטיביות - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול
- שימוש בהיפריקום (צמח המרפא St. John's Wort) לטיפול בדיכאון בהווה או בשלושת החודשים שקדמו לטיפול
- שימוש בטרטינואין – Retin A בשבועיים שקדמו לטיפול
- אפילפסיה
- סכרת (עקב רגישות מוגברת וריפוי לא תקין של הפצעים)

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 או לפי הנחיית המטפל.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול, אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לגירוי של העור.
- יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה במשך הטיפול וכן 14 יום לפני ואחרי הטיפול.
- להקפיד על שימוש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה בין 30 – 50 spf
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות- יתר שהופיעה לאחר הטיפול.
- במהלך הטיפול יש להרכיב משקפי מגן, וכי הסרתם מעל עיניי תעשה אך ורק בהוראת המטפל.

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.

לפני חתימתי על מסמך זה הובהר לי כי הנני רשאית/ת לדחות הטיפול וכן את המשך ההליכים הרפואיים עד אשר איוועץ בכל גורם אחר, לרבות קבלת חוות דעת מרופא/ה נוסף/ת, והנני חותמת/ת על מסמך זה לאחר שמיציתי זכות זו ולחילופין לאחר שוויתרתי מרצוני על מיצויה.

הנני מצהיר/ה כי טופס זה ניתן לי לקריאה ולחתימה זמן מספיק טרם ביצוע הפעולה, וכי קראתי הבנתי ושקלתי היטב את הכתוב בו טרם חתימתי מרצון. חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל.

ידוע לי כי כתב הסכמה זה מצוי באתר האינטרנט של ד"ר פרידמן www.dr-acky.com וניתן לעין בו בכל עת.

קראתי בעיון והבנתי את תוכנו של מסמך זה.

ניתנה לי האפשרות לקחת את כתב ההסכמה לביתי ולהתייעץ עם כל גורם שאבחר לרבות עו"ד. החלטתי ע"פ רצוני החופשי לבצע את הפעולה היום לאחר שקראתי, העמקתי והבנתי את תוכנו של כתב הסכמה זה.

הנני מתחייב/ת להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו מייד עם חתימתי על מסמך זה על פי התנאים שנקבעו בין ד"ר פרידמן וביני.

חתימת המטופל _____ תאריך: «תאריך»

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין**.
הבנתי כי **איני זכאי** לקבל החזר כלשהו מקופת החולים בגין טיפול זה.
ידוע לי כי גם החזרים מחברות הביטוח הפרטיות הינם כפופים לפוליסת הביטוח של כל אדם והרופא ו/או מי מטעמו אינו אחראי ו/או צד לענין זה ו/או גורם משפיע בנושא זה.

שם המטופל: «שם_מטופל» תאריך: «תאריך» חתימה: _____

שם המטופל חתימה

שם האפוסטרופוס

שם משפחה שם פרטי חתימה

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמ/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא: «שם_רופא» חתימה _____