

טופס הסכמה לטיפול בנזקי שמש וגיל באפליקציית ה- Dye-VL / SSRDye-SR

אני הח"מ _____ תאריך לידה: _____ ת.ז: _____ מבקש/ת מד"ר אכי פרידמן ו/או מטעמו לטפל
בי בטיפול _____ באזור _____

אודות הטיפול

טיפולים בכתמי היפר פיגמנטציה שמקורם בנזקי שמש וגיל מתבצעים באמצעות אנרגיית אור (IPL) ומסייעים בשיפור משמעותי של מראה העור הכללי, הבהרת כתמי פיגמנטציה, אחידות גוון העור והחזרת הברק הטבעי.
פעולת הטיפול עלולה להיות כרוכה במספר היבטים:
תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים הכרוכים במהלך הטיפול.
תיתכן הופעת אדמומיות (אריתמה) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול.
תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים.
הטיפול כרוך בסיכון לתופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור, תופעות אלו חולפות בדרך כלל אך ישנם מצבים נדירים בהם הן נותרות על כנן.
לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, נפיחות 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 קבלת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

תאום ציפיות

מספר הטיפולים שיידרשו הינו שונה בין אדם לאדם ובין אזור אחד בגוף למשנהו, וכן לא ניתן לדעת בוודאות מה תהיה התוצאה הסופית. מספר הטיפולים שידרשו תלוי במין המטופל, גילו, רקע הורמונאלי, בגוון העור, בגוון הכתם הפיגמנטרי ובעומקו וכן באזורי הטיפול בגוף. לפי מחקרים רפואיים, באחוז מסוים מהאנשים, לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. למרבה הצער, לרפואה המודרנית אין הסבר לתופעה במקרים אלה. הסיבה לכך טמונה, ככל הנראה, בהבדלים שבין אדם לאדם ולא במכשיר עצמו.

הצהרת המטופל/ת

הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו קוסמטי. 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 בכתמי היפר פיגמנטציה שמקורם בנזקי שמש וגיל 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.
בנוסף, ידוע לי כי הרפואה הינה מדע ביולוגי ואינה מדע מדויק, ויתכן ויופיעו תופעות לוואי או תסמינים אשר אינם מוכרים עד כה ואשר לא תוארו עד כה בספרות הרפואית הנובעים מהטיפול העיקרי.
אני נותנת/נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי על פי שיקול הדעת של המטופל/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 צילומים של לפני ואחרי, תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים).

חתימת המטופל/ת: _____

הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצא במעקב רפואי שגרתי? 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 לך סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות? סמני/י ופרטי/י

<input type="checkbox"/> היפופיגמנטציה (ויטיליגו)
<input type="checkbox"/> כל מחלת עור דלקתית כגון אקזמה, זיהום פעיל בהרפס סימפלקס וכו', באזור הטיפול
<input type="checkbox"/> סרטן עור או כל מחלת סרטן אחרת ו/או שימוש בכל טיפול תרופתי בסרטן
<input type="checkbox"/> היסטוריה של הצטלקות קלואידית
<input type="checkbox"/> אפילפסיה
<input type="checkbox"/> טיפול בדיכאון באמצעות היפריקום (St. John's Wort) (צמח מרפא) במהלך שלושת החודשים האחרונים (בשל הגברת הרגישות לאור)
<input type="checkbox"/> נטילת איזוטרטינואין ותרופות פוטוסנסטיביות – עד 6 חודשים לאחר הפסקת השימוש
<input type="checkbox"/> שימוש בטרטינואין - Retin A במהלך השבועיים האחרונים
<input type="checkbox"/> הריון, כולל הפריה חוץ גופית; עד חזרת מחזורי הוסת ותום ההנקה
<input type="checkbox"/> סכרת

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 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.
 - על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות יתר שהופיעה לאחר הטיפול.
- נאמר לי כי, במהלך הטיפול עלי להרכיב משקפי מגן, וכי הסרתם מעל עיניי תעשה אך ורק בהוראת המטפל.

אני מאשרת/ שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי. אני מתחייבת/ 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 רשאי/ת לדחות הטיפול וכן את המשך ההליכים הרפואיים עד אשר איוועך 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 מתחייבת/ להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו לפני או מיד עם סיום הטיפול. ידוע לי כי התשלום יעשה עבור כל טיפול בנפרד. הנני מאשרת/ת כי הוסבר כי לא ניתן לנבא את תוצאות הטיפול ובמידה ולא אהיה מרוצה לא אהיה זכאי להחזר כספי כלשהו עבור הטיפול שבוצע.

תאריך: _____

חתימת המטופל _____

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין** והינו כרוך בתשלום.
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: _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם האפוטרופוס _____ תאריך: _____ 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: ד"ר אכי פרידמן חתימה _____