

הסכמה לטיפול באמצעות SECRET DUO (לייזר זכוכית ארביום 1540 ננומטר, בשילוב טיפול פרקציונלי במיקרו-מחטים בגלי רדיו)

אני _____ מצהירה שאני מסכימה ורוצה לעבור טיפול באמצעות SECRET DUO. טבעו של הטיפול ומטרתו הוסברו לי. ידוע לי שקיימות אפשרויות טיפול אחרות לטיפול בסוגיות הספציפיות שלי. אני מבינה שמכשיר ה-Secret Duo מיועד לטיפול בצלקות, מיצוק, אקנה וכו', ושייתכנו תוצאות שונות בהתאם למצב העור, סוג העור, ואזור הטיפול. ידוע לי שכנראה אצדקק ליותר ממפגש טיפול יחיד (וייתכן שלסדרה של טיפולים) על מנת להשיג את התוצאה הרצויה עבורי.

יש לקחת לתשומת הלב את הנקודות הבאות:

- יש להרכיב משקפי מגן על העיניים בזמן הטיפול.
- באזורים שטופלו בלייזר תופיע אדמומיות אופיינית שמשקפת זרימת דם מוגברת בשל צמיחה של רקמה שטחית וקולגן. האדמומיות תיעלם בהדרגה בתוך כמה ימים מהטיפול.
- הטיפול ב-Secret Duo גורם למידה מינימלית של נפיחות זמנית, אשר חולפת בדרך כלל בתוך 3-5 ימים.
- טיפול בלייזר ארביום גורם לפצע שטחי עד זעיר, אשר זקוק לכמה ימים על מנת להחלים. הטיפול עשוי לגרום לנפיחות, הפרשות, והיווצרות גלד באזור הפצע. לאחר ההחלמה, האזור עשוי להיות ורדרד ורגיש לשמש למשך שבועיים עד ארבעה שבועות נוספים.
- יש להימנע בכל מחיר מחשיפה לשמש ולחום כבד למשך 6 חודשים. שהייה בשמש ללא הגנה אסורה בהחלט למשך 6 חודשים. שהייה בלתי מוגנת בשמש מעודדת שינויי פיגמנטציה בעור וקמטים, ועשויה להצריך טיפולים נוספים.

ידוע לי שאין באפשרותי _____ להבטיח שהטיפול שלי יצליח ושלא ניתנה לי הבטחה שכזאת במפורש או במרומז. ייתכן שהפגמים שלי ייוותרו ואולי אף יוחמרו, וייתכן שהתוצאה לא תעמוד בציפיות שלי. ייתכן שהתוצאות המלאות של הפרוצדורה יתגלו רק 4-6 חודשים לאחר הטיפול האחרון בסדרה.

אני יודעת שהטיפול לא ישפר את בריאותי הפיזית. הפרוצדורה הינה רפואית ואין להגדיר אותה כ"טיפול יופי".

אני מסכימה שיצלמו תמונות לצורך התיק הרפואי שלי. התמונות יהיו בבעלות של _____. התמונות עשויות לשמש למטרות לימוד, להוצאות, או לפרסום בכתבי עת מדעיים. ייתכן שייעשה בהן גם שימוש על ידי בעלונן קידום מכירות או פרסום.

אני מצהירה כי ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות, ושקראתי והבנתי את מלוא התוכן של טופס ההסכמה. קיבלתי עותק של ההנחיות להכנה לטיפול ולאחרי הטיפול, ואני מסכימה לפעול לפיהן. אני מצהירה שאני בוגרת כשירה בגיל 18 ומעלה, או שאם אני קטינה מתחת לגיל 18, אני מבינה שגם הסכמת הורה/אפוטרופוס/אדם בעל משמורת חוקית נדרשת לפני הטיפול.

תאריך: _____
שם מלא: _____
חתימת המטופלת: _____
אפוטרופוס (לקטינות מתחת לגיל 18): _____
טד/ה: _____