

טופס הסכמה לחידוש פני העור בלייזר ECO2 3D

שם המטופל/ת: _____

ת.ז. _____

תאריך לידה: _____

טל. נייד: _____

אני מבין/ה כי טיפול חידוש עור בלייזר ECO2 3D (Ablative Micro Fractional Skin Resurfacing) מיועד לטיפול בקמטים, צלקות אקנה, גוון עור ומרקם העור, וכי הטיפול מבוצע בדרך כלל באזורי הפנים ובאזורים שאינם בפנים.

ההליך כולל יצירת עמודות מיקרו-אבליטיות (MAC) של לייזר המכוונות רק לאחוז קטן מהעור באמצעות ידית סריקה ממוחשבת. הטיפול מכונה "אבליטיבי" (פוצע/מסיר שכבה) כיוון שהוא יוצר פציעות מיקרוסקופיות על פני שטח האזור המטופל. דבר זה מאפשר לעור לעבור תהליך של בנייה מחדש ו/או ריפוי עם סבירות נמוכה מאוד לבעיות משמעותיות כגון: צלקות או שינויי צבע קבועים - PIH.

תופעות לוואי וסיכונים

- אני מבין/ה כי סיבוכים הכוללים הצטלקות או שינוי צבע קבוע (פיגמנטציה - PIH) הם אפשריים.
- דימום נקודתי (Pinpoint bleeding) עשוי להתרחש אף הוא.
- תופעות לוואי שכיחות לטווח קצר כגון: אדמומיות, נפיחות, תחושת צריבה קלה או שינוי זמני בגוון העור.
- ייתכנו גם היווצרות מיליה (נקודות לבנות קטנות), התפרצות אקנה או התפרצות של וירוס ההרפס סימפלקס באזור הפה.

ציפיות והחלמה

על המטופלים לצפות לשיפור במרקם העור, בגוון, בפיגמנטציה, הפחתה בקמטים ושיפור במראה צלקות. בהתאם לעומק הטיפול וצפיפות עמודות הלייזר (MACs), זמן ההחלמה (Downtime) עשוי להיות מינימלי, ואף קצר כמו סוף שבוע אחד. זמן ההחלמה עשוי להיות ארוך יותר בטיפולים עמוקים או בשילוב של מספר טיפולים.

התוויות נגד (מתי אין לבצע את הטיפול)

אני מבין/ה כי הטיפול אסור למטופלים הבאים: מטופלים הנוטלים נוגדי קרישה (מדללי דם) | בעלי זיהום פעיל בעור | שימוש באיזוטרטינואין (נגזרת רואקוטן) בשנה האחרונה | מערכת חיסונית מוחלשת | היסטוריה של צלקות קלואידיות | נשים בהריון | חולי סרטן העור באזור המיועד לטיפול.

מתוך ידיעה זו, אני בוחר/ת לעבור טיפול ב:

☐ ידיים

☐ צוואר

☐ פנים מלאות

☐ חזה עליון

☐ אזור הפנים

☐ אחר: _____

קראתי והבנתי טופס זה, ושאלותיי קיבלו מענה לשביעות רצוני. קראתי את השיקולים שלפני הטיפול ואת ההנחיות שלאחר הטיפול, ואני מתחייב/ת למלא אחר ההמלצות המפורטות כדי להגן על עורי.

תאריך _____

שם המטופל/ת _____

חתימת המטופל/ת _____

תאריך _____

שם הרופא/ה _____

חתימת הרופא/ה _____