

# Ultherapy® - טופס הסכמה לטיפול

## איך עובד הטיפול ב-ultherapy

הטכנולוגיה פורצת הדרך של מבוססת על אנרגיית גלי אולטרסאונד ממוקדים לעומק המדויק בעור שבו מטפלים בדרך כלל מנתחים פלסטיים במהלך הניתוחים האסתטיים, וזאת, לראשונה, ללא חתך או פגיעה כלשהי בשטח פני העור.

אנרגיה זו מעוררת את התגובה הטבעית של הגוף לייצר קולגן חדש ובריא, ומחזקת את הקולגן המוחלש. חלק מהמטופלות רואות אפקט ראשוני מיד בתום הטיפול, אבל התוצאות המשמעותיות מופיעות כעבור שלושה חודשים לערך, כאשר הקולגן החדש שנבנה מותח וממצק בהדרגה את עור הפנים והצוואר, וכן מחדש ומחליק את העור באזור החזה והמחשוף.

בניגוד ללייזר, גלי רדיו וטכנולוגיות אחרות, טכנולוגיית אינה פוגעת בשטח העור, אלא מחדירה את האנרגיה לעומק האופטימלי תוך שמירה על טמפרטורה מיטבית ודיוק, הנדרשים לבניית הקולגן. חדשנות ייחודית רק ל- היא השימוש בהדמיית אולטרסאונד, המאפשרת למטפל לוודא לכל אורך הטיפול, כי אנרגיית גלי האולטרסאונד מועברת בצורה בטוחה ואפקטיבית, כמו גם בעומק המדויק הנדרש לבניית קולגן חדש וליצירת אפקט מתיחה מרשים.

אף שתוצאות הטיפול ב- אינן זהות לאלה של ניתוח מתיחת פנים, הוא מספק חלופה מרגשת למי שאינה מוכנה עדיין לניתוח וכן למטופלות אשר עברו ניתוחים אסתטיים ומבקשות להאריך את אפקט המתיחה שלאחר הניתוח.

## מה הייחוד בטכנולוגיית?

הינו הטיפול האסתטי היחיד שאינו פולשני ותוצאותיו הן הקרובות ביותר לתוצאות ניתוח:

- ✓ היחיד שאושר ע"י ה-FDA -האמריקאי להרמת העור
- ✓ אושר ע"י ה-FDA -האמריקאי לטיפול ספציפי באזור המחשוף
- ✓ היחיד שאושר ע"י ה-FDA -האמריקאי לשימוש באולטרסאונד להדמיית רקמות במהלך הטיפול, לצורך דיוק ומיקוד.

## פרטי המטופל

שם המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
מין:  ז  נ משקל: \_\_\_\_\_ ק"ג גובה: \_\_\_\_\_

## רקע רפואי וכירורגי

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מיגרנות***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	פצעים או חתכים פתוחים באזור הטיפול*
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	שיתוק פנים (Bell's palsy)***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אקנה חמורה באזור הטיפול*
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מחלת עור פעילה או מקומית	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	שתלים פעילים (כגון קוצב לב או דפיברילטור),
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	העלולה לגרום לשינוי בריפוי הפצע***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	או שתלים מתכתיים באזור הטיפול*
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מחלה אוטואימונית***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הפרעות בקרישת הדם***
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אפילפסיה***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	נשים בהריון או מניקות***
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הרפס או פצעי קור***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סוכרת***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

# Ultherapy® - טופס הסכמה לטיפול

פרט/י כל מחלה כרונית:

האם טופלת בעבר באחד מהתהליכים הבאים באזור הטיפול?

**מיצוק העור** שיטת הטיפול: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

**\*\*חומרי מילוי** שם המוצר: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

**הזרקת שומן** מקור/עיבוד השומן: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

**ניויר-טוקסין** במהלך 2-4 השבועות האחרונים שם המוצר: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

**שיוף רקמת העור (Resurfacing)** שיטת הטיפול: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

**מתיחת פנים / הרמת עפעפיים / הרמת גבות** שם הטיפול: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

**שחזור כירורגי או שתל** שם הטיפול: \_\_\_\_\_ האזור המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך טיפול אחרון: \_\_\_\_\_ כן  לא

האם הנך לוקח/ת בהווה את תרופות המרשם הבאות:

נוגדי קרישה  כן  לא

תרופות המדכאות את המערכת החיסונית  כן  לא

רואקוטן במהלך השנה האחרונה  כן  לא

האם הנך אלרגי לתרופות כלשהן  כן  לא

פרט/י כל אלרגיה ידועה: \_\_\_\_\_

פרט/י להלן כל תרופה או תוסף תזונה. וודא/י כי רשמת את כל תרופות המרשם והתרופות ללא מרשם אם אינך לוקח כל תרופה או תוסף תזונה סמן בבקשה תיבה זו:

תאריך לקיחת מנה אחרונה	תאריך התחלה	תדירות	מינון	מחלה/סיבה	תרופה

\* אין להשתמש ב-Ultherapy®

\*\* מומלץ לא להשתמש ב-Ultherapy® ישירות על גבי אזור הטיפול

\*\*\* לא נערכה בדיקה לגבי שימוש ב-Ultherapy® בתרחיש זה

Clinical Response Factors: Upper face: Check the appropriate boxes	None	Mild	Moderate	Severe
<b>Skin Laxity:</b> Excess skin or hooding on the eyelid droopiness				
<b>Skin Quality:</b> Fine lines, crepiness/wrinkling, and/or poor elasticity				
Lower face and neck: Check the appropriate boxes	None	Mild	Moderate	Severe
<b>Skin Laxity:</b> Cheek tissue decent (hollowing mid cheek, jowling, submental / under the chin laxity), downturned commissures /corners of the mouth, nasolabial folds / smile lines, & / or draping of upper neck				
<b>Volume of Tissue:</b> High BMI (None 18-24.9, Mild to Moderate 25-30, Severe >30)				
<b>Skin Quality:</b> Fine lines, crepiness/wrinkling, and/or poor elasticity				

# Ultherapy® - טופס הסכמה לטיפול

Chest: Check the appropriate boxes	None	Mild	Moderate	Severe
<b>Skin Laxity:</b> Laxity of chest tissues across upper-chest				
<b>Skin Quality:</b> Fine lines, crepiness/wrinkling, and/or poor elasticity, sun damage				

מהי מטרת הטיפול שלך? \_\_\_\_\_

ממצאים נוספים: \_\_\_\_\_

הנני מאשר שכל הפרטים שנתתי הינם נכונים והוסברו לי באופן מלא יתרונות הטיפול והטכנולוגיה. נאמר לי שלאחר הטיפול יתכנו מספר תגובות ותופעות לוואי נפוצות הקשורות לטיפול. תגובות אלו כוללת אדמומיות ונפיחות מיידית הנעלמות תוך מספר שעות לאחר הטיפול, ייתכן כאב במגע באזור הטיפול עד לתקופה של שלושה שבועות. התופעות הללו הינן קלות וחולפות לגמרי.

במידה ותופעות אילו אינן חולפות ובמידה ומופיעה תופעה בלתי רצוי אחרת יש ליידע את הרופא המטפל בהקדם האפשרי.

חתימת המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא המטפל: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

# Ultherapy® - טופס הסכמה לטיפול

## חלק זה לשימוש הרופא / המטפל

### רשימה לביצוע טרום טיפול

צילומים טרום-טיפול .....  לא  כן

סקירת הליך הטיפול עם המטופל: .....  לא  כן

מתן מענה לשאלות המטופל: .....  לא  כן

חתימה על הסכמה מדעת: .....  לא  כן

חתימה על טופס הסכמה לשימוש בצילומים .....  לא  כן

תאריך טיפול Ultherapy™: \_\_\_\_\_

תרופות שניתנו בטרם הטיפול: \_\_\_\_\_

תדפיס רשומת טיפול Ultherapy® מהמערכת או כרטיס מטופל מלא .....  לא  כן

מדריך "למה לצפות" הנחיות למטופל .....  לא  כן

### רשימת ביצוע מעקב

דיון לגבי תכנית טיפולים אסתטיים: \_\_\_\_\_

תאריך פגישה שנקבעה למעקב לאחר שלושה חודשים: \_\_\_\_\_

פנים/ צוואר:

תאריך פגישת מעקב ראשונה: \_\_\_\_\_ צילומים שבוצעו: L90  L45  R90  R45  FV

תאריך פגישת מעקב שניה: \_\_\_\_\_ צילומים שבוצעו: L90  L45  R90  R45  FV

אזור החזה (Décolleté):

תאריך פגישת מעקב ראשונה: \_\_\_\_\_ צילומים שבוצעו: L90  L45  R90  R45  FV

תאריך פגישת מעקב שניה: \_\_\_\_\_ צילומים שבוצעו: L90  L45  R90  R45  FV

### הערות קליניות וטיפוליות:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימת Ultherapist: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_