

טופס הסכמה לטיפול PRF Platelet Rich Fibrin

פיברין עשיר בטסיות הינו טיפול מוכח להגברת התחדשות רקמות ומשמש בין היתר להצרת העור. בשיטה זו מחדירים פיברין מועשר בטסיות וגורמי גדילה לשכבות העליונות של העור. ה-PRF מאיץ את יצור הקולגן הטבעי וסיבי האלסטין והם גורמים לחידוש, ריפוי ושיפור מרקם העור טיפול המקנה לפנים מראה חיוני ובריא.

PRF הנו תרכיז של טסיות ממקור עצמי ביולוגי וגורמי הגדילה הקשורים אליהם בנפח פלסמה קטן. שימוש ב-PRF נועד לעידוד התחדשות ועיצוב מחדש של רקמות ע"י החדרה של ריכוז גבוה של גורמי גדילה לאזור המטופל.

הטכניקה כוללת לקיחת דם מהמטופל (50-10 מ"ל) הכנה ועיבוד הדם ע"פ הוראות היצרן להפרדת מרכיבי הדם (פיברין עשיר בטסיות, כדוריות דם אדומות ולבנות) והזרקת פיברין עשיר בטסיות (PRF) לאזור המטופל. התהליך כולו לוקח עד שעה אחת. המלצות טיפול: סדרה של 3 טיפולים לפחות במרווח של כחודש ימים בין הטיפולים.

ניתן לשלב תוספים נוספים (תרכובות ויטמינים) בהתאם לפרמטרים של סוג העור, כגון גיל, מצב עור התחלתי, עישון, נזקי השמש, גנטיקה וכדומה.

*לשימור התוצאות: מומלץ לבצע טיפול תחזוקה בין פעם לפעמים בשנה לאחר מכן לפי המלצת הרופא המטפל.
* מומלץ להימנע מטיפול בסמוך לפני אירועים חברתיים.

PRF מופק מדם המטופל לכן הסיכון לתגובות אלרגיות או העברת מחלות זיהומיות הינו מזערי. יתר על כן, ניתן להשתמש ב-PRF לאזורים רגישים כמו בעור העדין מסיבבי לעיניים. בנוסף, ניתן לשלב PRF עם טיפולים אחרים על מנת לעורר אפקט ביולוגי מוגבר.

מאחר ו-PRF מעורר תהליכים ביולוגיים, התוצאות רוב אינן מדויקות וצפויות להיראות לעין לאחר כ-3 שבועות עם שיפור הדרגתי מתמשך במהלך 6-12 חודשים לאחר מכן. מגמת השיפור תלויה במצב העור, מידת הקמטים והצלקות, צריכת אלכוהול וסיגריות.

אדמומיות, נפיחות ורגישות יתר עלולים להופיע בימים הראשונים לאחר הטיפול הן תופעות נדירות באחוז נמוך מאוד של מטופלים לפי מחקרים. כאמור, מאחר והטיפול אינו מכיל תוספים מלבד דם עצמי שנלקח מהמטופל, הטיפול הינו 100% טבעי מה שמבטיח אחוז נמוך של תופעות לוואי, סיכונים וסיבוכים. טבעו העצמוני של טיפול PRF ממזער סיכונים להעברת מחלות ותופעות לוואי אפשריות, אשר עלולות להופיע בצורה של אדמומיות, חבורות על העור, דימום, כאב או גרוד במקום ההזרקה, נפיחות, תגובה אלרגית לתמיסה, דלקת, נזק לעצב או שריר, בחילה, הקאות, סחרחורת או התעלפות.

התוויות נגד: הריון, הנקה, מחלות אוטואימוניות, מחלות דם, סרטן, דלקות באזור המיועד לטיפול, מחלות חום, מחלות כירורגיות של הכבד וטיפול נוגדי קרישה. **מומלץ להפסיק טיפול בתרופות מסוג nsaid כ-48 שעות לפני ואחרי הטיפול.**

הסכמתי לטיפול PRF ואישורי להליך זה הינה מרצוני בלבד. ע"י חתימה על טופס הסכמה זה, אני מעניקה/ סמכות לרופא המטפל לבצע הזרקת PRF לאזור/ים שהוסכמו במהלך הייעוץ, למטרת אסתטיות והצרת העור.

קראתי את הטופס ואני מצהיר/ה שאני מבין/ה את תוכנו ומלואו. טבע הטיפול והבסיס התיאורי של PRF הוסברו לי. ניתנה לי הזדמנות לשאול את הרופא שאלות בנוגע לתהליך וכולם נענו לשביעות רצוני ואני מסכים/ה לתנאי החוזה. קיבלתי והבנתי את ההוראות שלאחר השימוש ואני מסכים/ה לדבוק לכל אמצעי הזהירות וההוראות. אני מבין/ה שתגובת לוואי אפשרית לאחר הטיפול הינה כאב ורגישות באזור הטיפול, לכן, ייתכן ואחווה כאב שימשך עד שבוע.

שימוש בתרופות במהלך טיפול PRF הוסבר לי ואני מאשר/ת שלמיטב ידיעתי, אינני אלרגית לתרופות אלו. יחד עם טבעו ומטרתו של טיפול זה, קיבלתי מידע על אלטרנטיבות נוספות לטיפול זה, תופעות לוואי שלהם, סיכונים והתוויות נגד.

אני מבין/ה כי הליך רפואי זה אינו מדע מדויק ומכיר/ה בכך שלא ניתנה ערובה לתוצאות היכולות להתקבל ע"י הטיפול. אני גם מבין/ה שהליך זה הינו ע"פ בחירה ואינו מכוסה ע"י הביטוח והתשלום עליו הוא באחריותי. כל הוצאות אשר עלולות להיגרם מטיפול רפואי שאני בוחר/ת לקבל מחוץ לקליניקה, כמו, אך לא מוגבלות לאי שביעות רצון מתוצאות הטיפול, יהיו באחריותי הכספית בלבד. התשלום במלואו עבור כל הטיפולים יתקבל בזמן השירות ולא ניתן עליו החזר כספי.

הסכמה לצילום: אני מסכימה/ה לצילום תמונות של פני או חלקי גוף אחרים בהם יבוצע הטיפול - לפני ואחרי הטיפול וכן בביקורות ובטיפול המשך. אני מסכימה/ה לשימוש בצילומים, למטרות שלהלן:

- לצרכים מדעיים/מחקריים, לתיעוד ולמעקב טיפולי ולצורך הדרכת הצוות במרפאה.
- פרסום במדיה החברתית של הרופא (פייסבוק /אינסטגרם / טיקטוק) ובאתר האינטרנט של הרופא, בכפוף לכך שהצילום הספציפי יאושר על ידי טרם פרסומו _____ (חתימה לאישור פרסום צילומים) אבקש לטשטש פנים /פרטים מזהים - כן/לא (סמן את החלופה הנבחרת). הערות:

הסכמתי לטיפול כאמור באישור זה תהיה תקפה גם לכל טיפול משלים שאקבל בפגישת ביקורת ומעקב לאחר הטיפול ו/או לכל טיפול נוסף שאקבל במסגרת סדרת טיפולים שתוגדר מראש בתיאום עם הרופא.

ידוע לי כי הרופא המטפל הוא רופא שיניים, בעל הסמכה לעסוק בטיפול רפואה אסתטית.

אני נותן/ת את הסכמתי לטיפול ה-PRF. אני מעיד/ה שאני בגיר/ה, מעל גיל 18 ולא תחת השפעת סמים או/ו אלכוהול. אני מסכים/ה להודיע לקליניקה של ד"ר עקיבא אלעד על כל שאלה או חשש העולה שנוגע לטיפול או/ו תוצאותיו. כתב ההסכם זה מחייב גם את בן/בת זוגי, קרובי

משפחתי, נציגים משפטיים, יורשים ובאי כוחי. כל שינוי בהסכם זה לא יהיה בר תוקף אם לא יהיה מוסכם ומאושר בכתב. שום ויתור, אי-מימוש בזכות, ארכה, הקלה מצד אחר וכיוצא באלה, לא יתפשרו, בכל צורה שהיא, כוויתור או כהסכמה למעשי הצד השני ולא יפגעו בזכויות, בסעדים או בתרופות העומדים לרשותו של כל צד לפי הסכם זה ו/או לפי כל דין.

שם _____ תאריך _____ חתימה _____



Dr. Akiva Elad
Health Esthetics Innovation

שם הרופא: _____ חותמת _____