



IMPULS MEDICAL

מערכת לייזר TRX

Impuls Technology

לייזר דיודה 755/808/1064



impulsmedical.co.il





IMPULS MEDICAL

אזהרות בטיחות

כדי לוודא שימוש בטיחותי, המכונה חייבת להיות מופעלת לאחר קריאה קפדנית של

המדריך וקבלת הדרכה מקצועית.



אזהרה !!!

1. חובה להרכיב משקפי מגן למטפל/ת, למטופל ולכל הנוכחים בחדר.
2. יש לחבר את המכשיר למקור חשמלי תקני.
3. יש לחבר את המכשיר למקור חשמל באמצעות מגן ברקים.
4. אין להביט באופן ישיר בידיית טיפול בזמן פליטת אנרגיה.
5. בעת החזקת ידית טיפול, אין ללחוץ על כפתור הפעלה באם לא נעשה טיפול.
6. בכל חשד לתקלה טכנית, רעשים, הבזקים, דליפת מים וכו'...יש ללחוץ באופן מידי על כפתור החירום האדום.
7. בעת הטיפול, יש לנעול את גלגלי המכשיר.
8. חובה לוודא קיום מפסק בטיחות חשמלי אוטומטי בבית העסק/ חדר טיפולים (פחת זרם).
9. בעת מילוי מים חובה לנתק את המכשיר ממקור חשמל.
10. יש להחליף מים במכשיר כל חודש.
11. למלא מכשיר אך ורק במים מזוקקים.
12. אין להשתמש בחומרים נוזליים בגוף המכשיר.
13. אין לטפל באנשים שאינם מתאימים לפרוטוקול הטיפול.
14. ש להחיתים על טופס הסכמה/הצהרת לקוח לפני תחילת טיפולים.
15. בכל חשד לבעיה רפואית, יש לבקש אישור רפואי.
16. חובה לשמור על שטח ידית הטיפול נקי.
17. במידה ומשתמשים באלכוהול לניקוי ידית, חובה לייבש לפני תחילת הטיפול.
18. תמיד לשמור על ידית הטיפול בתושבת המיועדת לו.
19. יש לנקות את הידית ומשקפיים עם חומר חיטוי, ללא אחוז גבוה של אלכוהול.
20. בזמן טיפול חובה לשים צמיד של ידית על יד, כדי למנוע נפילה.
21. יש להחליף פילטר כל 3 חודשים.

חשוב !!!! בכל חשד לתקלה, יש להפסיק את השימוש במכשיר באופן מידי!

לנתקו ממקור חשמל וליצור קשר עם הטכנאי.

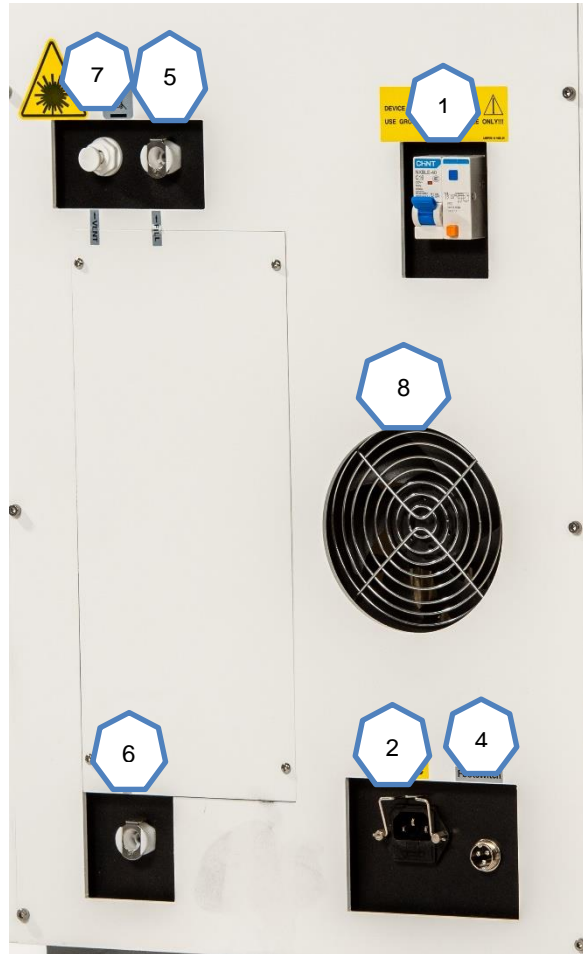
בטיחות בהובלה

יש להיזהר לטלטל את המכשיר, מכשיר מכיל חלקים עדינים ולכן לא מיועד להובלות ניידות למרחקים ארוכים. בעת המשלוח יש לרוקן את מיכל עם מים, יש להשתמש באריזת הריפוד המסופקת על ידי המפעל המקורי, אחרת, זה עלול להוביל לחוסר האיזון של המערכת האופטית, ובכך להשפיע על הכוח פליטה של אנרגיה. לא לפרק את המכשיר ללא אישור של יצרן, אחרת את/ה עלול לאבד אחריות על המכשיר!



IMPULS MEDICAL

מבנה המוצר



1. מפסק אוטומטי.

2. חיבור שקע לקבל חשמל.

3. חיבור של ידית לגוף המכשיר.

4. חיבור של דושה/פדל.

5. פייה למילוי מיכל מים.

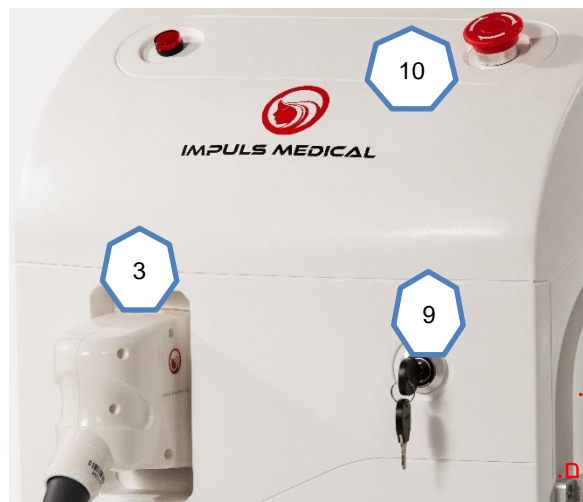
6. פיה לריקון מיכל מים.

7. שסתום.

8. מיקום פילטר.

9. מתג הפעלה/כיבוי.

10. לחצן כיבוי חירום.



רק צוות מקצועי/טכני של חברה יכול להתקין ולפרק את מכשיר!

מילוי מים:

1. נתק/י מכשיר מחשל ולשים דלי מתחת למכשיר.

2. לחבר את צינור (שמזרים מים לתוך המכשיר) לחיבור **WATER IN**.

3. לפתוח את שסתום.

4. יש למלאות מיכל מים עד שמים מתחילים לזרום מפתח של שסתום.

5. לסגור שסתום.

6. לנתק צינור ממכשיר.













7. לחבר לחשמל ולהדליק ל-5 דקות.

8. לכבות.



IMPULS MEDICAL

חומרה נוספת באריזה:

 <p>משקפיים למטופל/ת</p>	 <p>משקפיים למטופל/ת</p>	 <p>פדל/דושה</p>	 <p>מתקן לידית</p>
 <p>כבל חשמל</p>	 <p>ידית</p>	 <p>פילטר</p>	 <p>מתקן תמיכה לידית</p>
 <p>נתיך/פיזז</p>	 <p>גלגלים</p>	 <p>צינור עם משפך</p>	 <p>ספר טכני</p>



IMPULS MEDICAL

מכשיר לייזר דיודה, הוא דור חדש של לייזר דיודה בעל שלושה אורכי גל

— 755 ננומטר / 808 ננומטר / 1064 ננומטר.

שילוב זה של אורכי גל מתאים ביותר להסרת שיער בכל סוגי העור ומבנה שיער.



טכנולוגיה הכי יעילה ומהירה !

טכנולוגיה משולשת

דיודה בעלת שלושה גלים: מספקת אפקט סינרגיסטי משלושה אורכי הגל היעילים ביותר לעבודה: 755 ננומטר + 808 ננומטר + 1064 ננומטר. כל אחד מהם מתמקד במבנים שונים של זקיק השיערה.

1. גל דומה לאלכסנדרית (755 ננומטר)

2. דיודה (808 ננומטר)

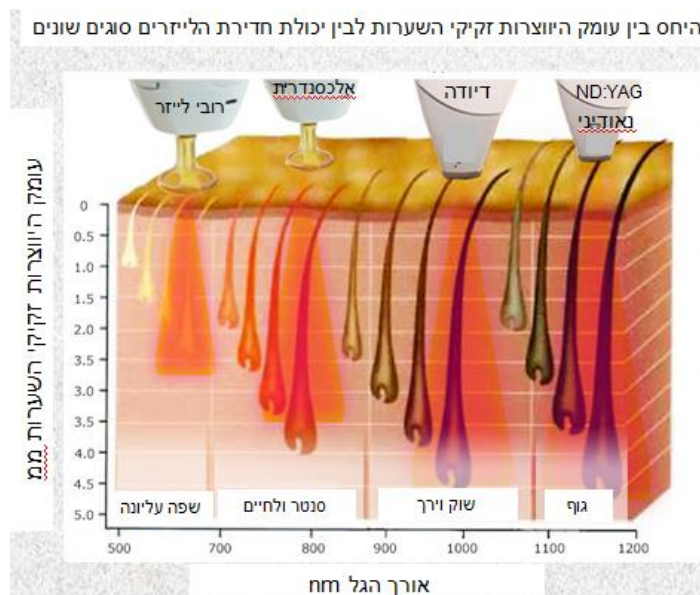
3. גל דומה לייזר ניאודימי (1064 ננומטר)



IMPULS MEDICAL

תכונות מיוחדות של לייזר דיודה

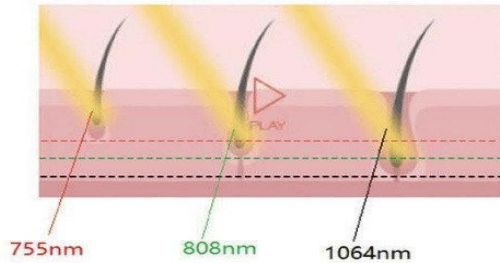
- ✓ היכולת לתכנת מכשיר לייזר בעל אורכי גל שונים בהתאם לאפקט הרצוי.
- ✓ כיום ישנם לייזרים דיודה באורכי גל: **nm 755, nm 808, nm 810, nm 1064**.
- ✓ יתר על כן, כל אורכי הגל הללו נמצאים במכשיר אחד, וניתנים לפליטה בנפרד או כולם ביחד.
- ✓ יעילות גבוהה - מכיוון שאובדן האנרגיה מינימלי, יעילות לייזר דיודה היא מהגבוהות ביותר והיא עד 30% (לשם השוואה: **Nd** לייזר - כ-3%, לייזר **CO2** 5-15%, לייזרים סיבים - עד 20%)
- ✓ המרכיבים העיקריים של המכשיר לייזר דיודה אינם גדולים מאלה של סוגי לייזר אחרים, דבר המאפשר למקם את מערכת קירור חזקה.
- ✓ משאב עבודה גבוהה
- ✓ קרינת לייזר פחות אינטנסיבית בהשוואה למכשירי לייזר אחרים, אך מספיקה ליישומים ביו-רפואיים





IMPULS MEDICAL

Triple wavelength laser spots work together



יתרונות:

3 אורכי הגל היעילים ביותר להסרת שיער, שכל אחד מהם מיועד לאזור שונה של העור.

1. מתאים לכל סוגי צבע העור ויכולת פגיעה בכל סוג מבנה השיער!

2. חדירת לעומק של 2 עד 12 מ"מ (עובד באופן אידיאלי על אזורים של הפנים וגם על אזורים של הגוף).

3. יכולת עבודה מתמשכת של המכשיר - 12 שעות. המכשיר פועל ללא התחממות יותר מ 12 שעות.

4. ממשק מגע אינטראקטיבי וחכם- טכנולוגיה בעלת הגדרות חכמות ואוטומטיות שנותנת לעבוד באופן יעיל ונוח על כל אזורי הגוף! המכשיר כבר חשב בשבילך וקבע את כל הפרמטרים הדרושים מראש, את/ה רק צריכה לבחור אזור על מסך מגע: ידיים, רגליים, ביקיני, גב, חזה, פנים, וכו'.

5. טיפול ללא כאב מוחלט, כמו כן באזורים הרגישים.

6. בעל מערכת קירור עוצמתית מבטיחה טיפול ללא כויות וללא נזקים לרקמות סמוכות לטיפול.

7. בזכות ספוט גדול במיוחד וראש קצה קירור ספיר בטכנולוגיה ChillTip™ אין צורך להשתמש במשחות אלחוש או קירור מיוחד. ידית פלט מורכבת מספיר אמיתי ולכן היא מתקררת תמיד וללא הפסקה עד ל-5 מעלות קור!

8. לוח אם מספקת אנרגיה יציבה יותר ויעילה יותר.

9. הגודל המרבי של ידית העבודה הוא מותאם באופן אנטומי לאזורים עדינים ביותר של הגוף.

10. אחריות על מערכת לייזר ייחודית - 18 חודשים.



IMPULS MEDICAL

יתרונות טכנולוגיים:

טכנולוגיה חדשנית להסרת שיער בלייזר

אימפולס 1 שמורכב מ-3 אורכי גל (אלכסנדרית, דיודה, ניאודימי)

השיטה היעילה ביותר להסרת שיער מכל סוג של שיער

לייזר Alexandrite - זהו גנרטור אופטי-חשמלי באורך גל ארוך לשימוש חוזר. בעל כוח אנרגיה חזקה במיוחד, חדירה של קרן עור לתוך שכבות עמוקות מהירה ויעילה.

חיבור של 3 אורכי הגל היעילים ביותר להסרת שיער, שכל אחד מהם מכוון למבנים שונים של זקיק השיער

מהי הסרת שיער בלייזר דיודה?

מכשיר לייזר דיודי להסרת שיער הוא מכשיר המפיק קרן אור מרוכזת מאוד.

הפיגמנטים בזקיקי השערות סופגים היטב את קרן הלייזר. במהלך הטיפול, הלייזר פולט פולסים בתדירות ומאפשר לשורש לספוג את האנרגיה ולהתחמם.

כאשר השערה מתחממת, גוף השערה זקיק השערה ניזוקים, והדבר פוגע משמעותית ביכולתה של השערה לשוב ולצמוח.

עם גודל נקודה גדול יותר, התהליך מטפל במספר זקיקי שערות בו-זמנית, ולכן הוא מהיר בהרבה מטיפול מסורתי בהבזק אור וחלופות אחרות להסרת שיער.

בהשוואה להבזק אור וטיפולים אחרים, הלייזר חוזר טוב יותר לזקיקי השיער וגורם להם נזק יותר אפקטיבי. תוך טיפולים ספורים, המטופלים חווים תוצאות לטווח ארוך.

יתרונות:

- אין זמן החלמה.
- זמן טיפול קצר.
- תוצאות אחרי טיפול ראשון.
- אין צורך בסדרה ממושכת, עד 8 טיפולים.
- ידית קור נותנת תחושה נעימה, ללא כאבים.



IMPULS MEDICAL

העיקרון עבודה של לייזר הדיודה

קרינת לייזר נספגת על ידי הכרומופור האנדוגני של המלנין, הכלול בעיקר בסיב השיער ונמצא בכמויות קטנות בשליש העליון של האפיתל.

כאשר מקור אנרגיה מתאים (כמו לייזר) מופנה לעור, האור נספג בעיקר על ידי המלנין של השיער. חימום מתרחש, המועבר לאפיתל הזקיקי שמסביב. עיקרון דומה חל על טיפול בלייזר בנגעים בכלי הדם, כאשר החום הנוצר לאחר ספיגה על ידי המוגלובין מועבר מהדם לכלי התאים האנדו תללים. היעילות והבטיחות של הסרת שיער בלייזר תלויה במספר פרמטרים עיקריים.

א.אורך גל - לכל השיער למעט לבן, יש מספיק מלנין באפיתל הזקיק והמטריקס. קרינת לייזר נספגת על ידי מלנין באופן סלקטיבי וגורמת נזק תרמי לציר השיער והזקיק. לפיכך, אורך גל הלייזר האידיאלי צריך להיספג היטב על ידי המלנין, אך לא על ידי הרקמות שמסביב, ולחדור לעומק הדרמיס כדי להפעיל את הזקיקים ברמות שונות.

קרינה באורך גל של כ- 700 עד 1000 ננומטר נספגת באופן סלקטיבי על ידי המלנין, מקדם הקליטה יורד עם גדילת אורך הגל ועומק החדירה עולה. כרומופורים מתחרים (אוקסימוגלובין ומים) סופגים פחות אנרגיה בטווח זה.

ב.משך זמן של אימפולס ms- אורך האימפולס הוא פרמטר חשוב להסרת שיער יעילה מבלי לפגוע באפידרמיס. משך האימפולס האופטימלי צריך להיות שווה בערך לזמן ההרפיה התרמית של זקיק השעירה. זמן הרגעה התרמית מוגדר כזמן הנדרש לקירור לחצי הטמפרטורה שהושג מייד לאחר החימום. עבור שיער אדם הערך הזה הוא בין 10 ל 100 אלפיות השנייה. אימפולסים קצרים יותר לא יובילו לחימום מספיק של המטרות, אימפולסים ארוכים מדי עלולים להוביל לנזק לא סלקטיבי לדרמיס.

ג.צפיפות אנרגיה - מחקרים מראים שערכים גבוהים יותר של צפיפות אנרגיה (פלואנס) נותנים תוצאות טובות יותר להפחתת שיער, תוך העלאת הסיכון לתופעות לוואי.

עם שינויים האחרונים של מערכות לייזר דיודי, משתמשים במספר גישות להפחתת צפיפות האנרגיה הנדרשת מבלי להפחית את יעילות הטיפול: שטח גדול באזור העבודה הפולט ועבודה על האזור בתנועה עם תדר הבזק גבוה.

ד.אפקטיביות - מחקרים מראים כי לייזר דיודה בעל עוצמה גבוהה גורם לשתי השפעות: נשירת שיער זמנית והפחתת שיער לטווח הארוך. נשירת שיער זמנית מתרחשת אצל כל המטופלים, על כל צבעי השיער, נמשכת בין חודש לשלושה חודשים. הסרת שיער לטווח הארוך מוגדרת כהפחתה משמעותית במספר השיער הצומח באזורים מסוימים בגוף במשך תקופה ארוכה יותר ממחזור צמיחת הזקיקים המלא באזור מסוים.



IMPULS MEDICAL

קצת על מבנה השערה:

השערה בנויה מגוף שערה ושורש שערה.

שורש השערה מצוי בשכבת הדרמיס עמוק בעור.

השערה היא צינור ארוך ספוגי המצופה בתאים דמויי רעפים. אין בשערה עצבים או כלי דם. השערה טמונה בעור בתוך מנהרה המכונה זקיקי השערה.

בחלקה התחתון של המנהרה הזו נמצא שורש השערה או הפאפילה שמתוכו צומחת השערה

לתוך זקיקי השערה נפתח פתח של בלוטות חלב המספקות חומר שימון לציפוי והגנת השיער והעור.

לשערה מחובר שריר קטנטן שסומר אותה בזמן קור (עור אווז) לתוך זקיקי השערה נפתח פתח של בלוטות חלב המספקות חומר שימון לציפוי והגנת השיער והעור.

אורך השיער המקסימאלי: 70 עד 90 סנטימטר.

קצב צמיחת השיער עולה במזג אוויר חם.

עם הגיל קצב צמיחת השיער יורד.

שיער הנשים גדל לאט יותר משיער הגברים.

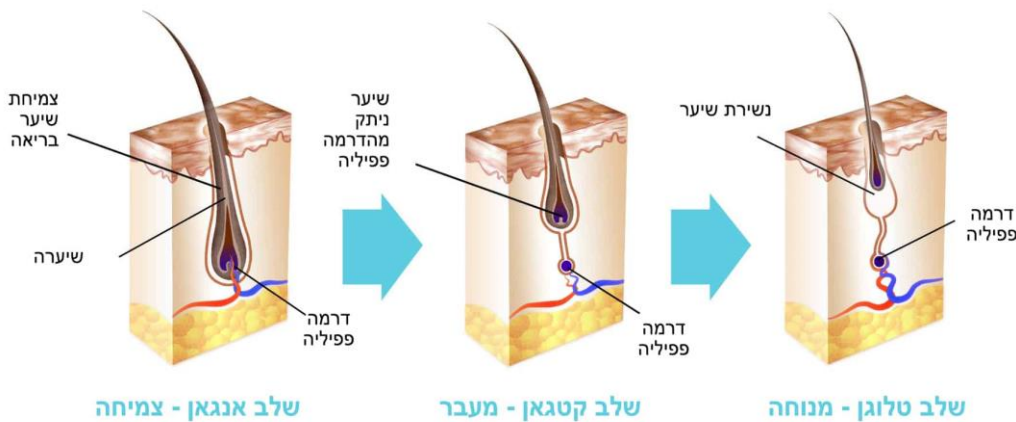
שיער הגברים פחות צפוף משיער הנשים

קוטר השערה 0.1 מילימטר.

מחזור חיים: כל יום אנו מאבדים 80 עד 100 שערות.

בסך הכל השערות מתארכות

ב30 מטר ליום.



צמיחת השערה:

הצמיחה כוללת 3 מחזורים:

1. אנגן – שלב צמיחה

2. קטגן – שלב ביניים

3. טלוגן – שלב מנוחה

אנגן – חלוקה בלתי פוסקת

של תאים בבסיס השורש. קצב

צמיחת השיער קבוע ואישי.

בממוצע 1 ס"מ לחודש.

קטגן – שלב קצר. אורכו כשבועיים והוא מהווה רק מעבר לשלב הבא.

טלוגן – שלב מנוחה. בסוף הצמיחה שיערה נחה משך 3-4 חודשים ואז מתנתקת מהשורש.

לשערה מחזור חיים משלה: שלב הצמיחה שבו השערה טמונה חזק בזקי שלה. (נמשך 2 עד 7 שנים). שלב מעבר בן 2 עד 4 שבועות שבו השערה משתחררת באיטיות מהשורש ונעה כלפי מעלה בזקי. שלב המנוחה שנמשך 2 עד 4 חודשים שבו השערה נמצאת בחלק העליון של הזקי מוכנה לנשירה. ובמקביל כבר מתחילה צמיחה של שיערה חדשה בשורש השערה.

השערה בגוף עשויה חלבון. מספר השערות באדם ממוצע הוא כ 4 מיליון (לא כולל שיער הקרקפת). השערה נובטת מתוך הזקי, מעין שק קטן, הנמצא בשכבת העור האמצעית. השערה צומחת דרך שכבת העור העליונה ובלטת החוצה. שורש השערה מקבל את החומרים הנחוצים לקיומו דרך מחזור הדם. לשערה יש שלושה שלבים של מחזור חיים: שלב ראשון: הצמיחה – השערה נוצרת וצומחת, השלב השני: הנסיגה – השערה נשאר במקומה, אך אינה ממשיכה לצמוח השלב האחרון: נשירה – השערה נושרת ושערה חדשה צומחת במקומה. משך חיי השערה תלוי באזור הגוף בו היא נמצאת.



SKIN TYPE I
very fair skin; always burn, never tan



SKIN TYPE II
fair skin; usually burns, tans with difficulty



SKIN TYPE III
sometimes burn, gradually tans to a light brown color



SKIN TYPE IV
rarely burns, tans with ease to a moderate brown.



SKIN TYPE V
brown skin; very rarely burns, tans easily



SKIN TYPE VI
deeply pigmented; never burns, usually tans



IMPULS MEDICAL

כמה עובדות על סיווג העור

בשנות השישים של המאה העשרים דר' פיצפאטריק ושותפיו הסבירו את הגנטיקה, הביוכימיה והביולוגיה לגבי היווצרות שינויים בגוון העור (פיגמנטציה). מספר מחקרים שנעשו בנושא העור הראו כי אין הבדלים משמעותיים במספר התאים שמייצרים את פיגמנט המלנין (מלנוציטים) בין בני האדם. יחד עם זאת, נמצא כי ההבדלים בגוון העור שקיימים בין אנשים ממוצא אתני שונה נובע בעקר מכמות המלנוזומים (תאים אשר בסוף תהליך ההבשלה יהפכו לתאי מלנין) שנוצרים בתוך המלנוציטים.

באופן לגמרי ברור, ידוע שגוון העור מושפע גם מחשיפה לשמש ולכן בקביעת המדד היה צריך להשתמש גם בנתון הזה. ולכן, פיצפאטריק ביסס את השיטה שלו על הקשבה למטופל כלומר, לדיווח המטופל ביחס לתגובה העורית שלו לאחר חשיפה לקרינת שמש באופן לא מוגן (כלומר, ללא חסם קרינה).

המטופל נשאל שתי שאלות פשוטות:

1. "האם אתה נשרף לאחר חשיפה ראשונה לשמש?"
2. "האם אתה משתזף לאחר חשיפה ראשונה לשמש?"

בהתבסס על דיווחי המטופלים השונים על שתי שאלות אלו פיצפאטריק פיתח מדד אשר הוכח כבעל ערך לחזות סיכון לסרטן העור והצלחת טיפול בלייזר.

סוגי העור השונים לפי מדד פיצפאטריק			
טיפוס עור	תגובה לחשיפה לשמש והרגלי שיזוף	תכונות אופייניות	סלבריטאים מייצגים
1.	תמיד נשרף, לעולם אינו משתזף	עור חיוור, עיניים בהירות, שיער בהיר	הנסיך הארי
2.	בד"כ נשרף, משתזף מעט ובקושי	עור בהיר, עיניים ושיער יכולים להיות על הרצף שבין בהיר לכהה	ג'ניפר אניסטון (בשילוב שיער כהה) דרו ברמור
3.	נשרף לפעמים, משתזף במידה בינונית ובצורה אחידה	עור בגוון דבש, שיער כהה	סנדרה בולוק דמי מור
4.	נשרף לעיתים רחוקות, משתזף בקלות	עור חום בהיר, עיניים ושיער כהים	פרידה פינטו אווה מנדז
5.	נשרף לעיתים רחוקות, משתזף בקלות	עור חום כהה, עיניים ושיער כהים	ביונסה ברק אובאמה
6.	כמעט אינו נשרף אף פעם, משתזף בקלות	עור שחור, עיניים ושיער כהים	נעמי קמפבל מישל אובאמה

סיווג טיפוס העור

שני הגורמים העיקריים המשפיעים על סוג העור הם:

1. נטייה גנטית
2. תגובת העור לחשיפה לשמש (אופי השיזוף).

היות וסוג העור מהווה היבט אחד מתוך המראה הכללי של הפרט, יש חשיבות גם לגורמים נוספים כמו צבע עיניים וצבע שיער, שנקבעים גם הם באופן גנטי. גם שיזוף, בין אם הוא נעשה ע"י חשיפה לשמש, מיטות שיזוף או קרם שיזוף מהווה

גורם חשוב בקביעת סוג העור. המדד של פיצפאטריק מתבסס על שאלון להערכה עצמית שמתייחס אל המאפיינים הגנטיים של הפרט, הרגלי חשיפה לקרינת שמש והרגלי שיזוף. התשובות לשאלות ניתנות על סקלה שבין אפס לארבע. הניקוד עבור כל אחת מהשאלות מסתכם לניקוד כולל שמגדיר את סוג העור של הפרט והוא מהווה את מדד פיצפאטריק. המדד של פיצפאטריק לסיווג העור למעשה מגדיר שישה טיפוסים שונים הנעים על רצף שבין "בהיר מאוד" (טיפוס 1) ועד "כהה מאוד" (טיפוס 6). הטבלה הבאה מציגה את סוגי העור השונים לפי מדד פיצפאטריק בהתאם לתגובה לחשיפה לשמש הרגלי שיזוף ותכונות אופייניות, ובנוסף, רק לשם המחשה, היא מדגימה איזה סלבריטאי מייצג את סוג העור ואיזה סוג עור הוא המתאים ביותר לטיפול הסרת שיער בלייזר.

כפי שניתן לראות בטבלה, מטופלים עם סוג עור שבין 2-4 לפי מדד פיצפאטריק, הם המתאימים ביותר לתהליך של הסרת שיער בלייזר ובעלי סיכון נמוך ביותר לסיבוכים כגון פיגמנטציה. בעוד שמטופלים עם סוג מסוג 1 הם הקלים ביותר לטיפול, הרי שככל שהמספר של סוג העור גדל, טיפולי הסרת שיער בלייזר נעשים יותר ויותר מורכבים. כך למשל, מטופלים עם סוג עור 5-6 לפי מדד פיצפאטריק, הם בעלי סיכון גבוה לשינויים בגוון העור (היפו/היפר פיגמנטציה). אמנם, לפי מדד פיצפאטריק, המועמדים המתאימים ביותר להצלחה של הסרת שיער בלייזר הם מטופלים עם סוג מסוג 3 – שיער כהה עם גוון עור בהיר, אך מסתבר ששכיחות מטופלים אלו אינה רבה בארצנו שטופת השמש. ולכן, עד לפני כעשור שנים, רק מטופלים עם סוג עד סוג 4, יכלו ליהנות מהסרת שיער בלייזר.



IMPULS MEDICAL

טופס הסכמה מדעת לטיפול הסרת שיער

תאריך: _____
תאריך לידה: _____
ת"ז: _____
שם מלא: _____
סלון/סניף מטפל ("המטפל"): _____

כללי

1. אני, הח"מ, מאשר/ת בזה את הסכמתי ורצוני בטיפול וזאת לאחר קבלת הסבר מפורט אודות מהות הטיפול, סיכויי הצלחה, תופעות לוואי האפשריות, והסיכונים הכרוכים בו.
2. הטיפול הנדרש – הסרת שיער. הטיפול יבוצע באמצעות טכנולוגיה מסוג – _____.
3. ידוע לי שהתוצאות של סדרת הטיפולים הינן הפחתת כמות השיער, אך לא הסרה מוחלטת.
4. אני מבין/ה ומקבל/ת שייתכן ויידרשו מספר טיפולים נוספים לשם השגת התוצאות הטובות ביותר.
5. הוסבר והובהר לי כי תוצאות הטיפול אינן לצמיתות, וידוע לי כי אין יכולת להבטיח הצלחה של 100% בטיפול.
6. אני מסכים/ה בזאת כי מספר הטיפולים והמרווח ביניהם ייקבע ע"י המטפל ולפי שיקול דעתו בלעדי.

לפני הטיפול

7. הובהר לי כי עלי למלא טופס היסטוריה רפואית, אותו אני מחויב/ת לעדכן אם יחולו שינויים במהלך תקופת הטיפול.
8. ידוע לי כי במידה ואני סובל/ת ממחלה ו/או תסמינים המופיעים בשאלון רפואי(בין אם הצהרתי עליהם ובין אם לא), המטפל ו/או מטעמו לא יהיו אחראים לטיפול ו/או לתגובות ולנזקים שעלולים להיגרם בעקבותיו.
9. הובהר והוסבר לי אופן הכנה לטיפול: לגלח את האזור הרצוי 48-24 שעות לפני טיפול, גילוח יבוצע על עור נקי בעזרת קצף או סבון עם סכין גילוח נקי. לייבש את האזור בעזרת מגבת נקיה בטיפוחות. במצב של רגישות לגילוח לשים פעמיים ביום קרם הרגעה כמו ביפנטן. למנוע כל שפשוף וגירוי נוסף של האזור לפני ואחרי טיפול. הוסבר לי שיזוף לפני הטיפול מונע ממני לקבל טיפול תקין. בגלל שאנרגיה נספגת לפיגמנט בעור בצורה שווה כמו בשערה מורידה החדרה מכמות אנרגיה הרצויה לשערה. הוסבר שטיפול נעה רק על עור נקי, כל קרם, דיאודורנט או שמן יכול להחזיר את אנרגיה בחזרה.

התנהגות במשך טיפול

10. לשם הצלחת הטיפול אני מתחייב/ת לפעול על פי הוראות המטפל וכן על פי הוראות הנוגעות ל"לפני ואחרי הטיפול" המפורטים במסמך זה. ידוע לי כי במידה ולא אפעל בהתאם להנחיות שיימסרו לי מעת לעת, מהמטפל ו/או מיצרך המכשיר ו/או מי טעמם תוסר כל אחריות לטיפול ו/או להצלחתו.
11. ברור לי שחשיפת עיניי לאור במהלך הטיפול עלולה לפגוע בראייתי. אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי עליו להרכיב משקפי מגן אטומות וזאת בכפוף בהתאם להוראות הבטיחות המחייבות הרכבת משקפי מגן במהלך הטיפול.
12. בכל מקרה שתתעורר בעיה כל שהיא במהלך הטיפול, אני מתחייב/ת להודיע על-כך, לאלתר, למטפל.

מהלך תקופת הטיפולים ולאחר מכן

13. תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים במהלך הטיפול. תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) (ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, כיום עד יומיים לאחר הטיפול). תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, שתבטא בנפיחות או בצקת, שלפוחיות, כווייה שטחית, גלדים, חבורות זמניות, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות /ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי. עלולים להיות שינויים זמניים בגוון העור באזור שטופל. שינויים אלה חולפים לרוב תוך מספר שבועות – חודשים מתום הטיפול. נמסר לי שהניסיון מראה פיגמנטציה נמוכה או גבוה מידי עלולה להיווצר אחרי הטיפולים, בעיקר בעור כהה או שזוף. בתוך כמה שבועות הבעיה נפתרת בדרך כלל, אולם ייתכן שיעברו 6-12 חודשים במקרים מסוימים.



IMPULS MEDICAL

14. לאחר טיפול במשך 6 שעות ראשונות, רצוי לא לשטוף את האזור המטופל, ובהמשך היום רק במים פושרים בלבד, ללא סבון וספוגית. למנוע כל גירוי ושפשוף נוסף (סאונה, מים מלוחים, ג'קוזי, פילינג, בגד צמוד). בין מפגשים של טיפולים להשתמש עם קרם לחות לאחר מקלחת.
15. ידוע לי שבזמן סדרת טיפולים אסורה חשיפה לשמש באזורים מטופלים 7 ימים לפני ואחרי טיפול. מסר לי שעלי להקפיד על מריחת מקדם הגנה SPF 50 לפחות כדי למנוע תופעות לא רצויות. נמסר לי שמטפל יכול לסרב לטיפול עקב שיזוף טרי ולא לקבל אותי לטיפול.

תיעוד הטיפול

16. אני מסכים/ה כי לאורך כל סדרת טיפולים, המטפל יבצע תיעוד של התקדמות הטיפול, וזאת בין היתר על ידי צילום של האזור בו מבוצע הטיפול, לשם ביצוע מעקב ובקרה. נמסר לי כי התיעוד יישמר בסודיות וכי אהיה רשאי/ת לעיין בחומר, אך לא לקבלו לידי.
17. הובהר לי כי בהיעדר תיעוד כאמור, אהיה מנוע מלהעלות כל טענה ו/או תלונה ו/או דרישה שהיא באשר לכישלון תמורה ו/או באשר לקצב התקדמות הטיפול ו/או באשר לתוצאות המקוות.
18. אני מאשר/ת למטפל למסור ולהעביר מידי בנוגע להתקדמות הטיפול ו/או לתופעות ו/או שינויים שיתעוררו במהלך תקופת טיפולים, ובלבד שהמידע האמור שיימסר, לא יכלול פרטים מזהים של ח"מ.

התחייבות לגילוי נאות

19. אני מבין/ה את חשיבות מסירת כל המידע הרפואי הנוגע לי לפני כל הטיפול וברור לי כי הסתרת מידע זה, יכול לפגוע בתוצאות הטיפול ואף לסכן אותי ואת הצוות המטפל.
20. אני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בריאותי או נפשי לצוות המטפל.

אישור

21. אני מאשר/ת כי ניתנה לי הזדמנות לשאול שאלות ואני מאשר/ת כי כל השאלות שהיו לי בנוגע לטיפול נענו לי לשביעות רצוני מלאה.
22. הנני להצהיר בזה, כי הנני חותם/ת על מסמך הזה ברצוני החופשי וללא כל כפיה ו/או עושק.
23. הובהר והוסבר לי תוכנו של מסמך זה, ואני מבין/ה את ההליך במסגרתו יבוצע הטיפול ומקבל/ת על עצמי את מהות הטיפול, סיכויי ההצלחה ומלוא הסיכונים הכרוכים בו.
24. אני משחרר/ת בזאת את היצרן, המשווק והמטפל מכל אחריות הנוגעת להליך הטיפול מפורט לעיל.
25. קיבלתי עותק מטופס הסכמה מדעת זה, כשהוא נושא, תאריך וחתום כדיון.
26. ולראיה באתי על החתום מתוך הבנת תוכנו ומשמעותו של מסמך זה והשלכות התחייבויותי והצהרותי בו.

שם הלקוח: _____ שם המטפל: _____ שם האפוטרופוס: _____
חתימת הלקוח: _____ חתימת המטפל: _____ חתימת האפוטרופוס: _____
תאריך: _____ תאריך: _____ תאריך: _____

• במידה והלקוח קטין, יש לקבל את הסכמת וחתימת האפוטרופוס שלו.



IMPULS MEDICAL

טופס סימון אזורי גוף לקבלת טיפול

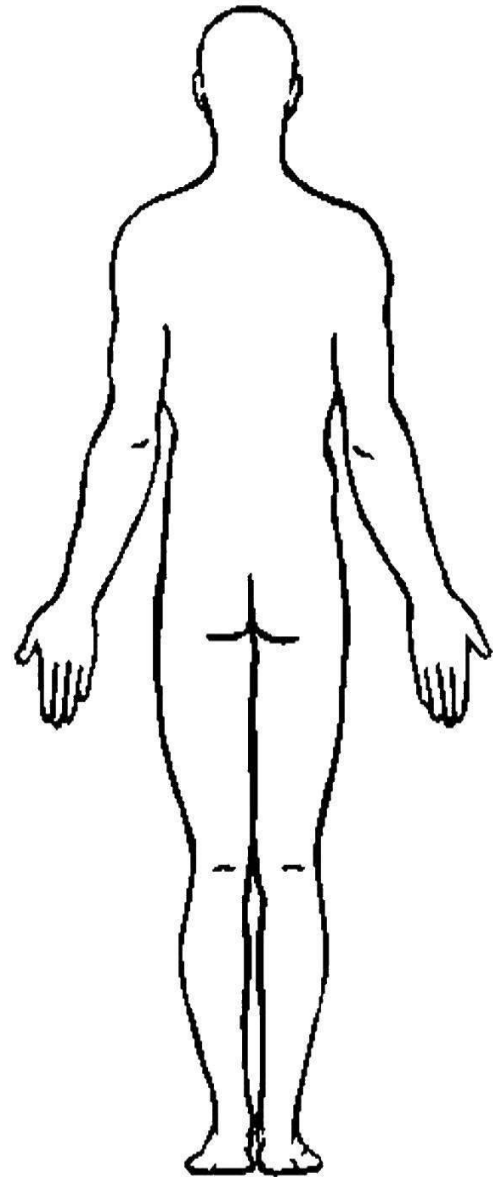
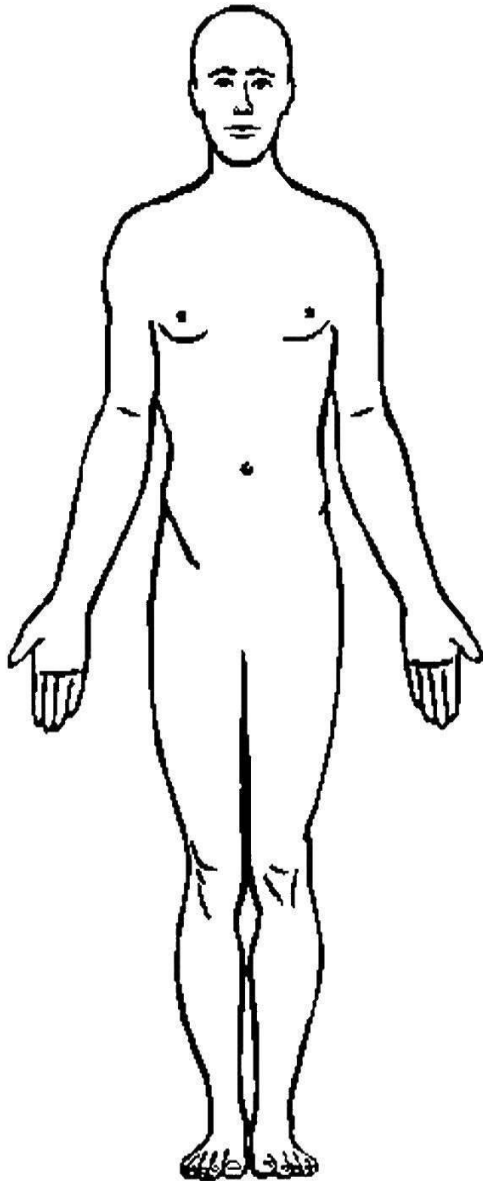
אזורי הטיפול: _____

הצעת מחיר: _____

הנחה: _____

אופן תשלום: _____

הערות: _____



שם הלקוח: _____ שם המטפל: _____ שם האפוטרופוס: _____

חתימת הלקוח: _____ חתימת המטפל: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

תאריך: _____ תאריך: _____ תאריך: _____

• במידה והלקוח קטין, יש לקבל את הסכמת וחתימת האפוטרופוס שלו.



IMPULS MEDICAL

טופס

היסטוריה רפאית

תאריך: _____ סלון/ סניף מטפל: _____
 תאריך לידה: _____ ת"ז: _____
 שם מלא: _____

לא	כן	איסור לביצוע טיפול
		קוצב לב
		שתל באזור המטופל(מתכתי, סיליקון או כל חומר אחר)
		מחלת סרטן מסוג: עור, עצמות, דם (הווה, עבר)
		גידולים טרום סרטניים
		מחלות של מערכת לב
		הריון, 3 חודשים לאחר לידה
		במהלך הנקה: איסור טיפול באזור בית שחי וחזה, איסור שימוש בחומר מאלחש
		שימוש חיצוני (מריחה) באזור המיועד לטיפול ב:
		הידרוקינון, חומצות, חומרי הברה, רטין A במהלך 14 שקדמו לטיפול
		צריכת חומרים לדיכוי מערכת חיסון
		צריכת חומרים מעלים פוטוסנסטיביות
		איידס
		נגיפי צהבת
		מחלות מגורות על ידי חום/אור (אפילפסיה/ זאבת/ פורפריה)
		הרפס פעיל
		מחלות עור- פסוריאזיס, דרמטיטיס, ויטיליגו וכו"
		צלקת קלואידית או נטייה
		עור נגורה, יבש, רגיש מדי
		נטילת נגזרות רטינואידים במשך 6 חודשים אחרונים
		סטרואידים
		פציעה, דלקת באזור הטיפול
		פילינג כימי בינוני/עמוק במשך 3 חודשים אחרונים
		טיפול חידוש רקמות בלייזר במשך 3 חודשים אחרונים
		נטילת אנטיביוטיקה במהלך 21 ימים אחרונים
		טיפול כירורגי במשך חודשיים אחרונים
		עור שזוף טרי
		כתם לידה, שומה, קעקוע
		טיפול פוריות
לא	כן	מחייב אישור רפואי
		סרטן בעבר
		חוסר איזון הורמונאלי
		לחץ דם גבוה
		דלקת פרקים
		הרפס רדום במקום
		מכלות אנדוקריניות(סכרת, שחלות פולציסטיות וכו")
		מחזור לא סדיר
		צריכת תרופות אנטי דיכאוניות
		קרישת דם/מדללי דם

לא	כן	לידיעת המטפל
		אסטמה
		אנמיה
		שברים
		בעיות במערכת השתן
		שתלים לא באזור הטיפול
		בעיות של מערכת נשימה
		אי איזון תפקוד בלוטת התריס
		אלרגיה/רגישות
		נטייה לשטפי דם באזור מטופל

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי. אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפול. 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.

שם הלקוח: _____ שם המטפל: _____ שם האפוטרופוס: _____

חתימת הלקוח: _____ חתימת המטפל: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

תאריך: _____ תאריך: _____ תאריך: _____

- במידה והלקוח קטין, יש לקבל את הסכמת וחתימת האפוטרופוס שלו.



IMPULS MEDICAL

שאלון לאבחון פיצפאטריק

תאריך:

שם המטופל/ת:

שם המאבחן:

ת"ז:

אזור הטיפול:

שאלה	0	1	2	3	4
צבע העיניים?	כחול-בהיר	כחול-ירוק	ירוק-חום בהיר	חום כהה	חום כהה-שחור
צבע השיער הטבעי?	אדום-ג'נג'י	בלונדיני	שטני-ערמוני חום בהיר	חום כהה	שחור
צבע העור(שלא נחשף לשמש)?	אדום	לבן חיוור מאד	לבן נוטה לבייג'	חום בהיר	חום כהה
נמשים(באזור שלא נחשף לשמש)?	המון(מעל 10)	הרבה	מעט	בודדים כמעט ואין	אין
תגובת העור לחשיפה ממושכת לשמש ללא SPF?	תמיד נשרף ויש שלפוחיות המלוות בכאב	תמיד נשרף לעיתים ישנן שלפוחיות לאחריהם קילוף	לעיתים נשרף ומתקלף	נדיר שנשרף	אף פעם לא נשרף ולא מתקלף
באיזה מידה העור הופך לחום-שזוף לאחר חשיפה לשמש?	בכלל לא	נדיר מאוד	שיזוף סביר, בדרגה בינונית	כמעט תמיד משתזף בקלות	תמיד, שיזוף מידי
תוך כמה שעות העור מחשיפה לשמש העור שלך הופך לחום-שזוף?	אף פעם לא	לעיתים רחוקות מאוד	לפעמים תלוי באזור	לעיתים קרובות	תמיד
מהי תגובת עור הפנים לשיזוף ללא SPF?	רגיש מאוד	רגיש	בינוני-רגיל	לעיתים רחוקות- נדיר רגיש	אינו רגיש כלל
מתי הייתה הפעם האחרונה שאזור הטיפול נחשף לשיזוף?	יותר מ-3 חודשים	לפני 2-3 חודשים	לפני חודש- חודשיים	פחות מחודש	פחות משבועיים
מתי פעם אחרונה שאזור הטיפול נחשף לאור השמש(שיזוף מלאכותי)?	מעבר ל-3 חודשים	לפני 2-3 חודשים	לפני חודש- חודשיים	פחות מחודש	פחות משבועיים

פיצפאטריק:	חישוב נקודות:
1	0-7
2	8-16
3	17-24
4	25-30
5-6	מעל 30

תוצאה סופית: _____

חתימת המטופל/ת: _____ חתימת המאבחן: _____



IMPULS MEDICAL

רשימת ציוד הנדרש

ציוד נלווה:

- מיטה (לבן)
- עגלה
- לופה
- כסא מטפל
- פח
- משקפי הגנה למטפל
- משקפי הגנה שחורים למטופל
- חלוק עבודה(לבן)

עגלת טיפולים:

- אלכוהול 70% (שולחן עבודה, מיטת טיפולים)
- חיטוי ללא אלכוהול לידית ולמשקפי הגנה
- מי פנים ללא אלכוהול, מסנני קרינה או מרכיבי פוטוסנסטיביים
- קרם הרגעה: KAMIVIT, בפנטן פלוס, טרולמין
- מקדם הגנה 50 לפנים
- מקדם הגנה לגוף
- ג'ל אולטרסאונד

ציוד חד פעמי:

- גליל נייר סופג
- רב מגבת
- דסקיות צמר גפן
- רטיות גזה
- עפרון לבן
- סטרפס חד פעמי לבן
- סדין מיטה חד פעמי(לבן)
- גליל למיטת טיפולים(לבן)
- שפדל עץ
- סכיני גילוח חד פעמי
- כובע לשיער/ סרט
- כפפות חד פעמיות
- ניילון נצמד (טרמי)



אזורים אסורים לטיפול :

- אשכים
- פי הטבעת
- פטמה
- פין
- זגדגן
- בלוטת התריס
- אזור סיליקון
- קעקועים, איפור קבוע (לכסות ולהתרחק בס"מ 1)
- נקודות חן, נבוסים
- עצמות בולטות (להפחית עוצמה ולהקפיד על כמות ג'ל טובה)

אזורים הורמונליים:

גברים

- שכמות
- כתפיים
- אוזניים

נשים

- צוואר
- לחיים
- סנטר
- אזור החזה
- פס טבור
- ישבן
- כתפיים



*במצב של שיעור יתר באזוריים הורמונליים, יש להפנות לבדיקה הורמונלית.



IMPULS MEDICAL

הכנות לפני טיפול

1. על המטופל למלא טופס הצהרת בריאות+ טופס הסכמה לטיפול באופן מלא ומדויק ולחתום עליו(במקרה של קטין על ההורה להיות נוכח ולחתום על טופס ההסכמה)
2. הסבירו למטופל כי עליו לדווח בכל מקרה של שינוי רפואי (תרופות, משחות, מחלות וכדומה) ולעדכן את הצהרת הבריאות בהתאם.
3. נא לבצע פגישת יעוץ ותיאום ציפיות- יש לבצע שיחה מעמיקה לגבי תנעי הטיפול, תופעות לוואי אפשריות וציפיות ריאליסטיות.
4. אבחנו את גוון העור, עובי וצבע השיער ודאו כי לא קיים שיזוף טרי באזור המיועד לטיפול.
5. צלמו לפני תחילת הטיפולים ובסיום הסדרה כל 3, 4 טיפולים. (לפני גילוח)
6. הסבירו והנחו את המטופל בהנחיות הבטיחות שלפני ואחרי הטיפול.
7. לקרר את חדר עבוד ל21-23 מעלות.

הסבר למטופל לפני הטיפול

1. יש לגלח את המקום של טיפול מ24 עד 48 שעות לפני. גילוח מבוצע לאחר מקלחת עם סבון. לגלח מקום בעזרת סכין גילוח נקי וקצף או סבון. לייבש מקום בטפיחות בעזרת מגבת נקייה. לסיים עם קרם הרגעה.
2. להקפיד על מריחת קרם לחות באזורים מטופלים לאחר מקלחת במהלך תקופה של טיפולים כדי למנוע יובש או פיגמנטציה לא רצויה.
3. במצב של שערות הפוכות (צורה של ספירלה) יש לבצע פילינג גרגרים 4, 5 ימים לפני הטיפול.
4. ביום הטיפול 48 שעות אחרי טיפול מומלץ ללבוש בגדים רחבים ונוחים, כדי למנוע בשפשוף וגירוי לא רצוי.
5. על המטופל להגיע לטיפול בעור נקי, ללא קרמים, איפור, בושם, שמן ועוד. לעבור לדאודורנט ללא אלכוהול וללא אלומיניום.
6. חשוב להימנע מהסרת שיער בעזרת שיטות המריטה (6 שבועות לפני הטיפול)

בזמן הטיפול

1. לנקות את האזור הטיפול.
2. לחטא את הידית בעזרת חיטוי ללא אלכוהול.
3. לשים לב לאזורים כמו קעקועים, איפור קבוע, נקודות חן ונבוסים. (להתרחק ולכסות עם עפרון לבן)
4. אזורים גדולים לחלק לגרידים שווים (20*10 ס"מ)
5. לשים לב על הגנה של עיניים. להוריד כל תכשיטים באזור המטופל. לכסות מראות בחדר
6. בין אזורים שונים חייבים לחטא ידית עבודה
7. לסיים טיפול עם מריחת קרם הרגעה ומקדם הגנה לפי צורך.

המלצות לאחר טיפול

1. להימנע מחשיפה לשמש 6 ימים לאחר טיפול. יש להקפיד על מקדם הגנה.
2. להימנע מפעילות ספורטיבית 24 שעות לפני.
3. לא להשתמש עם תכשירים פעילים כ-48 שעות, באזור המטופל.
4. להימנע מגירוד, שפשוף, סאונה, אמבטיה, בריכה, מים חמים כ-72 שעות.
5. להימנע משטיפת האזור המטופל 6-8 שעות לאחר טיפול.



IMPULS MEDICAL

קביעת זמן בין טיפולים

גברים מ-35	נשים מ-45	נשים מ-18 עד 45/גברים מ-18 עד 35	טיפולים
חודש	חודש	חודש	1-3
1.5 חודש	1.5 חודש	1.5 חודש	4
חודשיים	חודשיים	1.5 חודש	5
חודשיים	חודשיים	חודשיים	6
2.5 חודשים	2.5 חודשים	חודשיים	7
3 חודשים	3 חודשים	2.5 חודשים	8
4 חודשים	4 חודשים	2.5 חודשים	9
תיקון ראשון לאחר 6 חודשים, אחרי כל 8-12 חודשים	6 חודשים	3 חודשים	10
	תיקון ראשון לאחר 6 חודשים, אחרי כל 8-12 חודשים	3 חודשים	11
		4 חודשים	12
		6 חודשים	13

שגיאות המתרחשות בעת עבודה על לייזר:

1. פרמטרים נבחרו בצורה שגויה.

חשוב!

אם מורידים בפרמטרים, אפשר לעורר צמיחת שיער פתולוגית. החום לא יספיק כדי לגרום לנשירת שיער, אך יחד עם זאת יתאים לגירוי זקיקים רדומים.

2. צבע שיער אינו מתאים להסרת שיער בלייזר - לבן, בלונד מזהב, ג'ינג'י, ג'ינג'י מזהב.

3. המלצות לפני/אחרי ההליך לא בוצעו בצורה נכונה. לפני תחילת טיפול, גוף אמור להיות נקי מכל קרם אפשרי, אנטי-פרספירנטים, דיאודורנטים עם יכולת החזרת אור. האסור למרוח שמנים - אפשר להישרף.

3. מספר לא מספיק של הליכים ומרווח שגוי ביניהם.

4. מהירות עבודה ומעבר עם ידית. עבודה איטית על האזור עלולה להשאיר כווייה על העור. אם תעבד מהירה מדי, אנרגיית הלייזר לא תספיק להרוס את השיער. יש צורך לחדד את מהירות העבודה.

5. הפרעות הורמונליות. אם אינך מפר/ה את פרוטוקול הטיפול, אך אין תוצאה, יש להפנות את הלקוחה להתייעצות עם אנדוקרינולוג, גינקולוג.

חשוב!

פרמטרים הראשונים הם לבדיקה! חשוב לעבוד לפי רגישות ותופעות של לקוח.

עור בהיר עם שיער בהיר - הרגשה של חום פנימי קל, יכולת לעקצוץ קלים.

עור בהיר עם שיער כהה - הרגשה של חום קל ועקצוץ בינונים בכל שטח העבודה.

עור כהה עם שיער כהה - הרגשה של חום בינוני ועקצוץ מפוזרים על כל שטח עבודה.

תגובה רצויה: תחושת עקצוץ, אדמומיות קלה בגוויי עור 1-3, התנפחות קלה סביב זקיקי השיער ולפעמים ריח של שיער שרף.

עבודה עם ידית.

מנקים את שטח העור עם מים רגילים, כדי להוריד את שומניות ולכלוך לא רצוי. מחלקים שטח עבודה לחלקים שווים (גריד = 10*20 ס"מ) באם מדובר על אזורים כמו: רגליים, ידיים, גוף וישבן. מומלץ לסמן חלקים בעזרת עפרון לבן. לסגור נקודות חן ונבוסים עם עפרון לבן. להתרחק בס"מ 1 וסגור קעקועים שליד אזור העבודה. לשים ג'ל אולטרסאונד בשכבה אחידה ודקה. לבחור פרמטרים במכשיר. לשים משקפיים ורקמתי שמוכנים לעבוד, מכניסים את מכשיר למצב עבודה ע"י לחיצה על

START. לפזר אנרגיה בצורה שווה על כל שטח הגריד. לעבור 5-6 מעברים, כדי הגיע לרגישות ותופעה רצויה. בסיום נלקות את העור בעזרת מטלת לכה ולסיים עם קרם הרגעה ו מקדם הגנה. בין הטיפול לעביר חיטוי על ידית (ללא אלכוהול) ולכבות את המכשיר.



IMPULS MEDICAL

במקרה של תגובה שלילת (תחושת כאב חזק):

1. נא לבדוק תקינות של כל פרמטרים (לפי טבלה)
2. וודאו שאין מגבלה בריאותית שיכולה להשפיע על תגובת העור (כדורים, משחות, ווסת, חום וכדומה)
3. וודאו שאזור הטיפול אינו שזוף
4. הפחיתו מהירות הטיפול (הרץ), במידה והמהירות הינה במינימום הפחיתו אות עוצמה ב-2 ג'אול
5. בצעו בדיקה חוזרת על אזור אחר
6. המשיכו להוריד עוצמה עד לתחושה רצויה
7. במקרה של אדמומיות יתר (פיצפאטריק 4-6): לקרר את המקום, לשים קרם הרגעה.



IMPULS MEDICAL

פירוט טכני:

1. לוח היבריד - תוצרת ישראל: יכולת מניעה כל שגיאות והתסקות של מערכת.

2. מאווררים MWELL - תוצרת ארה"ב (Alma Laser)

3. משאבות מים FLOJET - תוצרת אנגליה

4. מערכת האוויר-Cool Tron (Alma Laser)

5. TEC מערכת קירור

300W TEC Cooling System - יפן

6. ידית - תוצרת ארה"ב

7. ריפוד קירור קרמי (פלטייה) - תוצרת יפן

8. מסנני מים לטיהור כפול: פילטר זפת

Double Water Purification System

תוצרת אנגליה

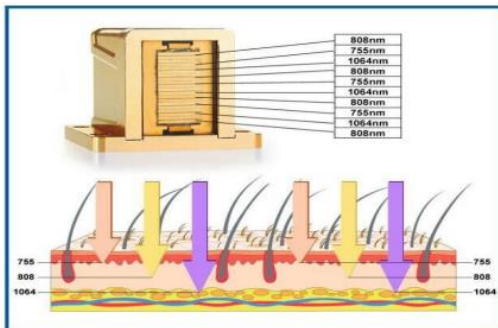
9. פליטת לייזר BAR : הציוד מורכב בתנאים סטריליים.

תוצרת ארה"ב

10. קצה ספיר טכנולוגיית ChillTip™ Best Brand:

12. ספק כוח Mwell Best Brand:

13. ידית עד 30 מיליון פולסים, מאפשרת לעבוד ללא החלפה.





IMPULS MEDICAL

מפרט טכני:

כוח: Rated input power – 1500 W; Laser Power – 800 W

תדירות: עד 10 הרץ

צפיפות אנרגיה מרבית: 100 J

ידית: עד 30 מיליון פולסים

גודל ידית: mm18*mm12



תעודת אחריות

שם הלקוח _____ טל" _____
כתובת _____ נייד _____
דגם _____ תאריך התקנה _____
מס' סידורי (SN) _____ תקופת האחריות _____ חודשים
חתימת הלקוח _____ חתימת המתקין _____

** תעודה זו תקפה אך ורק בצמוד לחשבונית הרכישה, תעודת הזמנה ואם כל הפרטים בראש התעודה מולאו וכן נחתמו ע"י המתקין של חברת אימפולס מדיקל

לקוח/ה נכבד/ה,
חברת אימפולס מדיקל מברכת אותך על רכישת מכשור מקצועי .

המכשיר באחריות חברתנו במשך התקופה המפורטת בתעודה לפי התנאים הבאים :

1. תנאי האחריות : שימוש סביר במכשיר . אינו כוללת : שבר, שריטה, בלאי בלתי סביר , רשלנות , הזנחה, קצר חשמלי כתוצאה מאספקת בלתי סדירה (נפילת מתח) , נפילה, תאונה, נזק טבע וכוח עליון , אין אחריות על קורוזיה , שבר/נזק בזמן העברת המכשיר וכדומה
2. תוקף האחריות יפוג במקרה ואדם בלתי מוסמך מטעמנו יבצע שינוי או תיקון כל שהוא במכשיר או במערכת כולה .
3. האחריות לא תחול במקרה של קלקול עקב הפעלה שלא ע"פ הוראות שימוש המצוינות בחוברת של המכשיר על פי הוראות המתקין ומדריכה של חברת אימפולס מדיקל
4. על לקוח להתקשר מיד לחברה במקרה של תקלה או נזק כל שהוא במכשיר

אימפולס מדיקל מציעה את אחד הפתרונות הטובים והיעילים ביותר להסרת שיער בלייזר.



IMPULS MEDICAL

קצב של העולם המודרני וסטנדרטים של יופי מכתיבים לקוסמטולוגיה את החוקים שלהם ו הלייזר דיודה
עונה לדרישות של העולם המודרני באופן מלא.

שירותי **IMPULS MEDICAL**:

- אספקה ברחבי הארץ;

- הדרכת עבודה על המכשיר;

- הוראות טכניות;

- מידע ותמיכה עבור כל הבעיות;

- מדיניות תמחור נאמן;

- שירותי אחריות

- שכירות מכשור

- קניה/מכירה מכשור יד 2

- שירותי טרייד אין

- שירות מלא במרכז IMPULS MEDICAL

www.impulsmedical.co.il



ראשון לציון, לישנסקי 27



Impuls Medical מכשור מתקדם לקוסמטיקאיות ומכוני יופי



Impuls Medical

*3763 /0507474034

