

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	ABLATİF LAZERLE CİLT YENİLEME
--------------------	--------------------------------------

AD SOYAD	YAŞ	CİNSİYET
-----------------	------------	-----------------

BİLGİLENDİRME TARİHİ	SAAT
-----------------------------	-------------

Bu form, cilt yenileme işleminde ablatif işlemlerin uygulaması olası risk ve komplikasyonları(istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz, sorularınızı ya da anlamadığınız noktaları mutlaka doktorunuzla paylaşınız.

Cilt yenileme ve cilt canlandırma amacıyla değişik lazer sistemleri, elektrocerrahi teknikleri ve lazer olmayan ışık sistemleri kullanılmaktadır. Ablatif cilt yenileme lazerlerinin klasik örnekleri Karbondioksit (CO2) ve Erbium:YAG lazer sistemleridir. Bu lazerlerin etki mekanizmaları; sıvı içeren dokuların hedeflenmesi ve buharlaştırılması yoluyla vasküler koagülasyon ve epidermisin destrüksiyonuna neden olacak termal hasarın oluşturulmasını içermektedir. Yani cilt ışın yolu ile adeta ince bir bıçakla kabuğu soyulmuş gibi bir hale gelir. Bu tür lazerle ciltteki kollajen artar. Lokal anestezi gerektiren bu işlemden sonra cilt steril olarak kapatılır.Cilt yenileme, kırışıklıkları tedavisi, sivilce izleri veya yara izleri tedavilerinde, falçata izlerinin azaltılmasında, keloidlerin çıkarılmasında, siğillerde, göz altı torbalarının azaltılmasında, deri çatlaklarının tedavisinde, deri yüzeyinde bulunan tümöral lezyonların çıkarılmasında, dermal nevusların alınmasında tek veya diğer tedavilerle kombine kullanılabilir. İşlem sonrası iyileşme dönemleri 1hafta -10 gün kadardır. Bu süre içinde pansuman gerektirir ve uygulama alanında ödem gelişir.

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum **(istemiyorsanız lütfen cümlemin üzerini çiziniz).**

LÜTFEN YANITLAYINIZ

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
Hamilelik riskiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emziriyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İlaç kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanamaya yatkınlığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	—	—			

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.

(**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır.

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

UYGULAMA SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, ödem, ağrı, enfeksiyon, uçuk, renk değişikliği (deri renginde açıklık veya koyuluk)

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen dinlenmiş olarak geliniz
- Uygulama öncesi alkollü içecekler tüketmeyiniz
- Sigara içiminin yara iyileşmesi ve cildiniz üzerindeki olumsuz etkilerini unutmayınız
- En az 3 gün öncesinde kan sulandırıcı ilaçlar kesilmelidir
- Kadınlar adetli ise işlem ertelenmelidir

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas etmeyiniz
- Ablatif uygulamalarda pansumanlarınıza doktorunuzun dediği zamanlarda gelmeyi ihmal etmeyiniz
- 1 hafta 10 gün yoğun spordan kaçınınız
- Sauna, havuz, jakuzi gibi işlemlerden 8 hafta süreyle kaçınınız
- Güneşten mutlaka korununuz
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulama yapan doktorunuza başvurunuz

Sizinle ilgili bilgiler (kimlik, rahatsızlık, görülen tedavi) sizin onayınız ve mahkeme kararı olmaksızın açıklanmayacaktır. Kendi dosyanıza bakabilme ve kopyasını alma hakkına sahipsiniz, ancak bu hak üçüncü şahısların dosyasına bakma hakkını içermez. Oluşacak yan etkiler merkezimiz doktorları tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz ve sağlık personelimiz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı sağlık personelinin seçme hakkına sahipsiniz. Bize bildirdiğiniz takdirde en uygun personel değişimi sağlanacaktır.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorlarım tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (*Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420*), doktorlarımın **Ablatif lazerle cilt yenileme** işlemini yapmalarına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı :

İmza, Tarih :

Doktor Adı :

İmza, Tarih :

Yardımcı Personel* :

*** Yardımcı Personel: Merkezimizde çalışan ve gerekli sertifika ve eğitimleri almış hemşire, estetsiyen

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.

(**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır.

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.

(**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır.