

## HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

<b>İŞLEMİN ADI</b>	<b>DERMAROLLER (MİKROİĞNELEME)</b>
--------------------	------------------------------------

<b>AD SOYAD</b>	<b>YAŞ</b>	<b>CİNSİYET</b>
-----------------	------------	-----------------

<b>BİLGİLENDİRME TARİHİ</b>	<b>SAAT</b>
-----------------------------	-------------

Bu form, dermaroller uygulaması ve bunun olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Dermaroller elle tutulan bir kabzası ve bunun ucunda içinde çok sayıda, son derece ince paslanmaz çelikten olan iğnelerle çevrelenmiş silindirik şeklinde bir alettir. Dermaroller tedavisi, "mesoroller, mikroigne tedavisi veya kollojen indüksiyon tedavisi" gibi çeşitli isimlerle de bilinmektedir.

Dermaroller derinin ikinci alt tabakasında yer alan dermise mikro kanallar (mikro yaralar) açar ve iğneleme sayesinde deri üzerinde ufacık iğne ucu büyüklüğünde kanamalar olur. İşlem iz bırakmadan 1-3 günde iyileşir. Dermaroller ile tedavide arzu edilir etki oluşması için 4-6 hafta aralıklarla ve çok sayıda iğnelemeye ihtiyaç vardır. Herhangi epidermal (derinin en üst tabakası) hasara neden olmaz ve zaman kaybı minimaldir. İşlem ofis ortamında yapılır.

Dermaroller tedavisiyle deride mikro kanallar açmak (iğne ucu ile oluşmuş yara) ve ardından yara iyileşmesi ile ince deri çizgilerini sıkılaştırmak veya deri üzerindeki skarları (akne izi, strialar, yanık izi vb.) azaltmak amaçlanır. Ayrıca topikal kozmetiklerin ve/veya büyüme faktörleri, peptidler ve kök hücrelerin emilimini sağlar. Dermaroller tedavisi sonrası derimize hacim ve dolgunluk veren elastin, kollogen ve hyalüronik asit üretimi artar bunun sonucu deri yüzeyinde, dokusunda ve renginde düzelme olması beklenir.

Dermaroller tedavisi ağrılıdır. Öncesinde tedavi edilecek alana topikal anestezi krem (EMLA %5 krem) ile kapatılarak 1 saat anestezi yapılır, uyuşturulması sağlanır. Dermaroller tedavisinin etkinliği için genellikle birden çok sayıda seansa ihtiyaç olur. Bazı durumlar da ise istenen kozmetik düzelme için başka ek tedavilerle (PRP, lazer, dolgu, botoks vb.) birlikte kullanılması daha iyi sonuç verebilir.

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"/>
	=	=			

<b>Hasta Adı Soyadı (*)</b>	<b>Tanık Adı Soyadı (**)</b>	<b>Sorumlu Doktor</b>
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

- Kısa süre hafif düzeyde deride ağrı, yanma ve hassasiyet olabilir.
- İğne uzunluğuna göre 3-4 saat ile 1-4 güne kadar devam edebilen eritem (kızarıklık) beklenir.
- Göz çevresi uygulamalarında hafiften şiddetliye göre değişen (iğne uzunluğuna göre) ödem olabilir.
- Nadiren kemik üzeri veya çok ince deri alanlarında hafif-orta düzeyde deri altında kanama olabilir.
- Her ne kadar pigmentasyon (leke) tedavisinde kullanılsa da nadiren pigmentasyon riski olabilir.
- Bu güne kadar hiç bildirilmemiş olsa da mikrokanallar açılan deriye bakteri girişi olabilir, yüzeysel bir deri enfeksiyonu olabilir.
- Bu güne kadar hiç bildirilmemiş olsa da mikrokanallar açılarak uyarılan deride daha önce hikayesi olan veya olmayan hastalarda labial herpes (uçuk mikrobu) ortaya çıkabilir.
- Dermaroller sonrası uygulanan bazı topikal solüsyonlar, büyüme faktörü, peptidlere karşı deri alerjik reaksiyon gösterebilir.

### UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Yüz makyajsız ve temiz olmalı.
- Aspirin ve kan sulandırıcı ilaç kullanılmamalı

### UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulamanın ilk günü duş alınmamalıdır.
- İşlemden sonra doktorunuzun önerisi dışında herhangi bir kozmetik veya işlem uygulanmamalı.
- Dermaroller güneş hassasiyetine neden olmaz, bununla birlikte deri üzerinde yapılan her işlem gibi uygulama sonrası güneşten korunma ve en az SPF 30+ düzeyinde güneş koruyucu uygulanmasında fayda vardır.
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen 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 **Enjeksiyon Lipoliz** 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, estetisyen

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.