

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	RADYOFREKANS
--------------------	---------------------

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

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

Bu form, radtofrekans 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.

Radyofrekans sistemleri; 3 kHz ile 300 MHz frekanslı dalga boyutuna sahip elektromanyetik radyasyondan enerji akımı üretirler. Elde olunan akım hedef dokuya yönlendirilir. Enerji akımı hedef dokuya ulaştıkça obölgede ısı yaklaşık 65-75 C⁰'ye ulaşır. Yöntemin avantajlı tarafı sadece hedef dokudaki (dermis ve derialtı yağ tabakası) ısını yükseltmesidir. Derinin daha yüzeysel alanlarında (epidermiste) ise maksimal ısı 35-40 C⁰ olur. Dolayısıyla dermiste ısı artışı olurken, epidermis ısınmaz. Bu nedenle tedavisi hedeflenmeyen bölge etkilenmez. Bölgesel ısınma parsiyel kollajenin denatüre olmasına, bunun sonucunda da kollajenin kontraksiyonuna ve kalınlaşmasına neden olur. Ayrıca, derialtı yağ dokusundaki ısı artışı da yağ dokusunun septalarında bulunan kollajenin parçalanmasına, derialtı dokunun sıkılaşmasına neden olur. Sonuçta hedef bölgede incelme, sıkılaşma ve lifting etkisi gerçekleşmiş olur.

Tedavi sıklığı ve seansları vücut bölgesine ve kozmetik soruna bağlı olarak değişmektedir. Genelde 1-2 hafta ara ile 6-8 seans tedavi uygulanır.

Radyofrekans sistemleri monopolar, bipolar, unipolar ve iğneli sistemlere ayrılır. Radyofrekans sistemleri 2002 yılında FDA tarafından onaylanmıştır.

Radyofrekans sistemleri günümüze kozmetik problemlerin tedavisi amaçlı sık kullanılmaktadır. Örneğin, derideki kırışıklık tedavisi, anti-aging amaçlı, rejuvenasyon, doku sıkılaştırıcı, sellülit tedavisinde yüksek başarı ile uygulanmaktadır.

Radyofrekans uygulaması; genel anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Sadece, işlem bölgesine lokal anestezi kremi kullanılabılır.

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum **(istemiyorsanız lütfen cümlelerin 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"/>	Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBsAg, HCV veya 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 huzurumda imzalamıştır.

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

RADYOFREKANS UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

Yan etki sadece geçici olabilen kızarıklıktır. Nadiren geçici ödem (şişlik) de görülebilir.

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Hamilelikten kaçınınız veya etkili bir gebelik önleme yöntemi kullanınız.
- Emzirmekten kaçınınız.
- İşlemden sonra günde en az 2 lt. bol bol su içiniz. (selülit tedavisinde)
- Sportif aktivitelere ve diyeteye devam ediniz. (selülitli tedavisinde)
- 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, doktorlarımız 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*), doktorlarımızın **Radyofrekans Uygulama** 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.