

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	Q-ANAHTARLI LAZERLE DÖVME TEDAVİSİ
--------------------	---

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

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

Bu form, dövme tedavisinin 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.

Dövme tedavisi günümüzde yaygın olarak q-anahtarlı lazer olarak adlandırılan bir grup lazer tarafından yapılmaktadır. Q anahtarlı lazerler belirli bir dalga boyunda lazer ışığını, çok kısa zaman aralığında (saniyenin milyarda biri kadar) üretip deriye aktarma kapasitesine sahip yüksek teknolojik cihazlardır. Deriye ulaşıp dövme oluşturarak boya partiküllerine aktarılan enerji bu partiküllerin parçalanarak ufanmalarına sebep olur. Vücuttaki akyuvarlar bu boya kırıntılarını bölgeden uzaklaştırarak her seansta dövmenin renginin belirli oranlarda açılmasına sebep olurlar. Tedaviyle ilgili şu bilgilere dikkat ediniz:

- a) Bir yıldan daha önce yaptırılmış dövmele lazer ile tedavi önerilmez, tedavi halinde başarı oranı düşüktür.
- b) Profesyonel dövmele 6-10 seans, amatör dövme ve kalıcı makyaj dövmele 4-6 seans tedavi gerekebilir.
- c) Seans araları genellikle 6-8 hafta kadardır.
- d) Bazı dövme renklerinde başarı oldukça yüksekken (siyah, lacivert, kırmızı), bazılarında başarı daha düşüktür (yeşil, açık mavi, sarı)
- e) Tedavi başarısı dövmenin yapıldığı bölgeye göre değişebilmektedir. Vücutta merkeze yakın alanlarda tedavi başarılıyken, el sırtı, ayak bileği gibi distal alanlarda başarı şansı daha azdır.
- f) Kalıcı makyaj boyalarında kullanılan kimyasalların bazı özellikleri yüzünden deneme atışı ile tedaviye başlanması uygun olacaktır.

Lazerle dövme silme uygulaması; genel anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Sadece, işlem bölgesine lokal anestezi kremler ya da lokal anestezi iğneleri bölgeye uygulanması sonrasında uygulanabilir.

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"/>	Işığa duyarlılık ile seyreden herhangi bir hastalığınız (özellikle romatizmal hastalıklar) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokal anesteziye karşı alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son birkaç hafta içinde bronzlaştınız ya da solaryuma gittiniz mi?	<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

YAN ETKİLER

İşlem sonrasında uygulama alanında ortaya çıkan kızarıklık ve ödem, birkaç gün içinde kendini kabuklanmaya bırakır. Bu devrelerde doktorunuzun önereceği kremleri kullanmak uygun olacaktır.

Çok nadir olarak bazı dövme boyaalarına (özellikle kırmızı ve sarı renkli boyaarla) lokal ya da generalize alerjik reaksiyon gelişebilir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- İşlem sonrasında birkaç saat sürebilen yanma olabilir. Bu dönemde soğuk kompres uygulamaları faydalı olacaktır.
- Doktorunuzun önereceği kremlerin uygulama sonrasında uygun biçimde kullanılması gerekmektedir
- 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*), uygulamanın tüm şikayetlerimi giderme garantisi taşımadığını anladım ve doktorlarım tarafından **q-anahtarlı lazer ile dövme silme** 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 huzurumda imzalamıştır.