

## HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI : İP UYGULAMASI

BİLGİLENDİRME TARİHİ :

AD SOYAD :

DOĞUM TARİHİ :

Bu form, deri içine ip uygulaması ve bunların olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. İp uygulamaları yüz konturunun yeniden oluşturulması, yerçekimine karşı sarkan yüzün toparlanması, hacim küçültme, deri çatlaklarında azaltma, gevşeyen derinin sıkılaştırılması amaçları ile kullanılır. Bu ipler tedavide uzun yıllardır cerrahi olarak kullanılmış ,tecrübe edilmiş ameliyat ipleridir. Bu iplerin bir kısmı vücutta eriyen, bir kısmı da vücutta erimeyen iplerdir. Bunlar da kendi içlerinde düz ve dikenli olanlar diye ayrılırlar.

Emilen veya emilemeyen ipler iğne veya kanül yardımı ile estetik ipler haline getirilmişlerdir. İpler cilt altında şu etkileri gösterirler: Mekanik olarak dokuya destek verirler, lifting etkisi yaparlar,kollogen üretimini arttırırlar, metabolik aktiviteyi de arttırarak doku elastikiyetinde tonus ve hacminde artışa neden olurlar. Böylece kırışıklıklarda azalma, deri renginde açılma, deri seviyesinde düzleşme meydana getirirler. Kan ve lenf damar dolaşımını arttırarak yağların atılımını kolaylaştırırlar, yabancı cisim reaksiyonu göstererek bağışıklık sistemini uyarırlar.

İpler; yüz, boyun,dekolte, gıdı kol ve bacak iç yüzleri,karın,meme , genital bölge ve çatlamış, gevşemiş tüm deri alanlarında kullanılabilirler.

Uygulama alanı kılı bir alansa kıl temizliği yapılır. Hastanın sık uçuk hikayesi varsa tedavi öncesi uçuk proflaksisi yapılır. Alan antiseptikle temizlendikten sonra, lokal ya da blok anestezi yapılır daha sonra da uygulama tekniğine göre ipler iğne ya da kanül aracılığı ile deri altına girilip bırakılır.

İple oluşan etkinin kalıcılığı, kullanılan ürüne ve kişinin cilt yapısı ve yaşam koşullarına göre değişmekte olup, ortalama 18-24 aydır. İşlem öncesinde krem veya enjeksiyon yöntemiyle anestetik madde uygulaması yapılmaktadır. Belirli bir süre beklenildikten sonra antiseptik bir maddeyle cilt temizlenir ve uygulama iğne veya kanül ile uygulanır. Kaç adet ip uygulanacağı işlem öncesinde hekim tarafından belirlenir.

Kişinin kendine bazen de uygulamaya bağlı nedenlerden ötürü bazı kişilerde iplerin oluşturduğu etkiler beklenen sürelerden daha kısa olmaktadır. Bundan dolayı uygulamanın sonuçlarıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez.

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

<b>Hamilelik riskiniz var mı ?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<b>Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
<b>Emziriyor musunuz?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<b>Kortizon kullanıyor musunuz?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
<b>Şeker hastalığınız var mı?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<b>Başka ilaç kullanıyor musunuz?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
<b>Kanamaya yatkınlığınız var mı?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<b>Alerjiniz var mı?</b> <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır

Sistemik bir enfeksiyon hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Otoimmün bir hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Uçuk ataklarınız olur mu? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Daha önce ip uygulaması yaptırdınız mı? Evet ise beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
HBsAg, HCV veya HIV pozitifliğiniz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Aktif Deri hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
İmza	İmza	İmza

(\*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır. (\*\*) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurumda imzalamıştır.

### İP UYGULAMASI HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

## İP

### UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Asimetri
- Şişlik, morluk, enfeksiyon
- Post operatif rahatsızlık hissi ağrılı şişlik
- Gamzelenme
- İpin görünür olması
- Yüz kaslarında geçici güçsüzlük
- İp trasesi boyunca minör hematomlar
- İğne giriş yerlerinde çöküklük
- İp trasesinde çekilmeler ve şişlikler
- Erken dönemde etkinin kaybı
- İp giriş ve çıkış deliklerinde skar
- Uyuşma
- İstemsiz kas kasılmaları

### UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- En az üç gün öncesinden; ginko biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yüksek doz E vitamini, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.

### UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas etmeyiniz
- Makyaj uygulaması en az 24 saat sonra olmalıdır.
- Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız
- Uygulama alanındaki kasları 3 hafta çok zorlamamalı
- 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 doktorumuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı personeli seçme hakkına sahipsiniz.

**Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtladığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (hasta hakları yönetmeliği, Resmi gazete, tarih:01.08.1998; sayı:23420) Doktorumun Dolgu Uygulama işlemini yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.**

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

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

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