

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

| | |
|--------------------|------------------------|
| İŞLEMİN ADI | LAZER EPİLASYON |
|--------------------|------------------------|

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

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

Bu form, lazerle epilasyon 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.

Lazerle epilasyon, istenmeyen kılların ışınla yok edilmesi tedavisidir. Lazer ışığının hedefi kıl folikülü çevresinde bulunan renk hücreleridir. Bu nedenle epilasyonun başarısı kılın rengi ile doğru orantılıdır. Beyaz kıllarda lazer epilasyon hiç etkili olmayıp, tüylerde de başarı şansı oldukça düşüktür. Lazer ile istenmeyen kıllara işlem yapılır. Uygulama sırasında hem hastanın hem de doktorun gözleri lazer ışınlarından korunmalıdır. Genellikle lokal anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. İşlem öncesi soğuk uygulama veya anestetik krem 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"/> | Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HBsAg, HCV veya HIV pozitifliğiniz var mı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <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

LAZER EPİLASYON 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 OLUŞABİLECEK YAN ETKİLER

- Göze direkt atış yapılması sonucu körlüğe kadar gidebilen problemler oluşabilir.
- Kızarıklık (eritem)
- Uygulama alanında lokal ödem
- Kıl folliküllerinin kabarması
- Yanık
- Uygulama bölgesinde renk koyulaşması veya açılması
- Üst dudak uygulamalarında eğer varsa varolan uçukta yayılma
- Yüz bölgesinde nadirende olsa ince tüylerin yayılması
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen doktorunuza başvurunuz.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulama yapılan bölgenin güneşten korunması

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 personelini 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 **Lazer Epilasyon** işlemi 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.