

## HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

<b>İŞLEMİN ADI</b>	<b>ENJEKSİYON LİPOLİZ</b>
--------------------	---------------------------

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

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

Bu form, enjeksiyon lipoliz 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.

Enjeksiyon lipoliz; enjeksiyon ile yüz veya vücudun herhangi bir bölgesindeki yağ birikimlerini azaltan bir tedavi yöntemidir. Lokalize yağ birikimlerini azaltmak için yıllardır çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanı enjeksiyon lipolizdir. Bunun için "yağ yakıcı" özellikleri olan farklı içerikli maddeler "kokteyl" halinde derialtı yağ tabakasına enjekte edilir. Enjeksiyon lipolizde farklı yağ yakıcı özellikli maddeler kullanılmaktadır. Örnek olarak fosfotidilkolin, dezoksikolik asit, karnitin, kafein, aminofillin, yohimbin vb gibi. Bu maddeler tek veya birkaç ürün farklı oranlarda karıştırılarak kombine olarak uygulanmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanı fosfotidilkolindir.

Enjeksiyon lipolizi genel anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Sadece, işlem bölgesine koyulan akü buz ve lokal anestezi spreyler kullanılabilir.

Enjeksiyon lipoliz, hedef bölgede her noktaya 1-1.5 cm arayla 0.2-0.3 cc karışım verilecek şekilde subdermal, yani derialtı yağ tabakasının içine uygulanır. İşlem 13 mm, 30 G iğne ucu ile yapılır. 2-4 haftalık seans aralıkları ile, toplam 4-8 seans tedavi uygulanır. Daha sonra, elde olunan başarıyı korumak için ayda bir tedavi seansı da uygulanabilir.

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"/>	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

### ENJEKSİYON LİPOLİZ UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

**Lokal yan etkiler;** ilk 1-3 gün içinde, eritem (kızarıklık), kaşıntı, ödem (şişlik), geçici ürtiker (kurdeşen), ateş; ilk 2 haftada, tedavi alanında ağrı ve hematoma; 2 haftadan sonra, nodüller (1-2 ay kadar sürebilen), derin hematomlar (2 ay kadar sürebilir), hiperpigmentasyon (3 aya kadar sürebilir).

**Sistemik yan etkiler;** herhangi bir enjeksiyondan sonra oluşabilen enfeksiyonlar, hafif ishal, dışkılamada artış, ara kanamalardır.

**Mutlak kontrendikasyonları;** çocuklar, gebeler, emzirme dönemi, diyabetikler, otoimmün hastalıklar (skleroderma, pemfigus, sistemik lupus vb), ileri düzeyde karaciğer hastalığı olanlar (siroz, hepatosellüler CA), akut enfeksiyonlar ( HSV 1, HSV 2), kronik enfeksiyonlar (TBC, HIV), baş ağrısı;

**Relatif kontrendikasyonları;** böbrek hastalıkları, lipodistrofi, inflamatuvar bağ dokusu hastalıkları, şiddetli alerjiler, tedavide kullanılan ilaca bağlı bilinen alerjiler.

### 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, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.
- Diyetisyen yardımı ile uygun diyet düzenlenmelidir.
- Düzenli spor yapılmalıdır.

### UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Hamilelikten kaçınınız veya etkili bir gebelik önleme yöntemi uygulayınız.
- Emzirmekten kaçınınız.
- İşlemden sonra günde en az 2 lt kadar bol bol su içiniz.
- Sportif aktivitelere devam ediniz.
- Diyete devam ediniz.
- 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 yanıtladığını 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, estetişyen

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.