

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	NONABLATİF LAZERLERLE CİLT YENİLEME
--------------------	-------------------------------------

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

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

Bu form, cilt yenileme işleminde non ablatif işlemlerin uygulaması olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz, sorularınızı ya da anlamadığınız noktaları mutlaka doktorunuzla paylaşınız.

Cilt yenileme ve cilt canlandırma amacıyla değişik lazer sistemleri, elektrocerrahi teknikleri ve lazer olmayan ışık sistemleri kullanılmaktadır. Nonablatif cilt yenilemesi görünür bir epidermal hasar oluşturmadan cilt altında yeniden yapılanmayı hedefler. Bu amaçla Nd:YAG lazer, fraksiyonel lazerler ve IPL kullanılmaktadır. Tedavi sonrasında kırışıklarda azalma, ciltte canlanma ve toparlama ortaya çıkmaktadır. Nonablatif Lazerlerle cilt yenileme tedavileri son yıllarda büyük gelişmeler göstermiştir. Lazerle cilt gençleştirme ve kırışıklık tedavilerinde cildi soymadan ve hastayı sosyal yaşamından soyutlamadan tedavi olmasına olanak vermesidir. Yapılan tedavi sonrası normal koşullarda birkaç gün sürebilen kızarıklık dışında herhangi bir yara oluşmamaktadır. Uygulama öncesi genellikle soğuk uygulama anestezi için yeterlidir. Uygulama sonrası hastalar güneşten, spot ışıklardan, bilgisayar ve televizyon ışığından, karlı havalarda ve deniz kenarında güneşten çok iyi korunmalıdır. Hasta bu konuya azami dikkat etmelidir. Aksi takdirde işlem alanında leke oluşabilir. Yine başka nedenlerle ilaç kullanacaksa mutlaka doktoruna danışmalıdır. Zira ışık duyarlılığını arttıran ilaçlar mevcuttur. Nonablatif yöntemler, cilt yenilemede, leke ve çil tedavilerinde, akne skarı veya yara izleri tedavilerinde, falçata izlerinin azaltılmasında, göz altı torbalarının azaltılmasında, deri çatlaklarının tedavisinde tek veya diğer tedavilerle kombine kullanılabilir.

	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"/>	Kanamaya yatkınlığınız 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, 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 huzurunda imzalamıştır.

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

UYGULAMA SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, ağrı, kaşıntı, deride pullanma - kabuklanma, uçuk, iyileşme sonrası renk değişikliği (deri renginde açıklık veya koyuluk)

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen dinlenmiş olarak geliniz
- Uygulama öncesi alkollü içecekler tüketmeyiniz
- Sigara içiminin yara iyileşmesi ve cildiniz üzerindeki olumsuz etkilerini unutmayınız
- En az 3 gün öncesinde kan sulandırıcı ilaçlar kesilmelidir
- Kadınlar adetli ise işlem ertelenmelidir

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas etmeyiniz
- 1 hafta 10 gün yoğun spordan kaçınınız
- İyileşme süresinde cildinizin nemlendirilmesine özen gösteriniz
- Sauna, havuz, jakuzi gibi işlemlerden 3 hafta süreyle kaçınınız
- Güneşten mutlaka korununuz
- 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 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 yanıtladığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (*Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420*), doktorlarımızın **Nonablatif lazerle cilt yenileme** 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.