

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	SKLEROTERAPİ
--------------------	---------------------

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

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

Bu form, skleroterapi 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.

Toplardamarlar; kanı periferden kalbe doğru taşıyan damarlardır. Bu damarlarda kan akışının kalbe doğru tek yönlü olmasını sağlayan kapakçıklar mevcuttur. Toplardamarlarda oluşan tıkanıklıklar ve artan basınç bu damarların düzgün kapanmasını engelleyerek kanın geriye doğru kaçmalarına neden olurlar. Bunun sonucunda da bacaklardaki yüzeysel toplardamarlar genişler, uzar ve kıvrımlı bir görüntüye neden olurlar. Bu tablo varisler olarak bilinmektedir. Varisli hastalarda geceler oluşan kramplar, kalıntı, şişlik, ayakta kalma ile oluşan ağrı gibi şikayetler olur. Ayrıca, varisler hoş olmayan bir görüntü ile de hastanın psikolojik durumunu etkiler.

Varis tedavisinde farklı yöntemler uygulanmaktadır. Skleroterapi, bu yöntemlerden etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Skleroterapi, damarların reaksiyon sonucu tıkanmasına neden olan kimyasal maddenin toplardamar içerisine enjekte edilmesidir. Skleroterapi büyük damarlar içine uygulandığında çok etkili olmamaktadır. Skleroterapi derideki yüzeysel küçük varis ve kılcal damarlara uygulandığında tıbbi ve kozmetik açıdan yüksek başarılı sonuçlar vermektedir. Dolayısıyla işlem küçük damarlar ve kılcal damar tedavisinde daha güvenilir ve başarılı bir yöntemdir. Skleroterapi uygulandığında, varis içine ince enjeksiyonla girilerek en uygun dozda ilaç verilir. Daha sonra varis üzerine baskı yapacak şekilde sargı sarılır. Bir kaç gün sonra ise varis çorabına geçilir. Zamanla varise neden damarlar tamamen tutularak kaybolur. Skleroterapi genel anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Sadece, işlem bölgesine lokal anestetik kremler kullanılabilir.

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"/>
Kanamaya yatkınlığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız 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"/>		<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

SKLEROTERAPİ UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

Çok nadiren de olsa hafif ağrı ve morarma gibi yan etkiler olabilir. Eğer işlem daha büyük toplardamarlara uygulanırsa, varis içinde pıhtı (tromboflebit) oluşumuna neden olabilir. Pıhtı hem ağrıya ve yara iyileşmesi sürecinin uzamasına neden uzar. Diğer görülebilen yan etkiler, ilaca bağlı alerji, ciltte renk değişikliği, geçici ödem ve şişliktir.

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- Uygulama sırasında giymek için şort veya tayt getiriniz.
- Uygulamadan sonra bandajları ve tedavi izlerini gizlemek amacıyla giyebilmek için pantolon veya uzun bir etek getiriniz.
- Tedavi günü vücut losyonu, krem veya banyo yağı türevi maddeler kullanmayınız. Bu tür maddeler cildi kayganlaştırdığı için bandajların yapılmasını engeller.
- Tedavi günü epilasyon veya traş yapmayınız.
- Tedavi esnasında hafif egzersizlere devam edilebilir. Hafif yürüyüş ve bisiklet yapılabilir. Fakat aerobik ve koşu yapılmamalıdır.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Hamilelikten kaçınınız veya etkili bir gebelik önleme yöntemi kullanınız.
- Emzirmekten kaçınınız.
- İşlemden sonra yürümek çok önemlidir. Koşu bandında 5 dakika veya en az 15 dakika yürüyünüz.
- İşlemden sonra uygulanan elastik bandaj veya varis çorabı gün boyunca çıkarılmamalıdır.
- Tedavi sonrası ağır efor gerektiren aktivitelerden 24 saat boyunca kaçınılmalıdır.
- Doktorunuzun tavsiye ettiği sürelerde mutlaka kontrole geliniz.
- 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 yanıtlanmış olduğunu ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (*Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420*), doktorlarımızın **Skleroterapi Uygulama** 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.