

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	VASKÜLER LAZER TEDAVİSİ
--------------------	--------------------------------

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

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

Bu form, vasküler lazer tedavisinin 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.

Vasküler lazerler damarsal kökenli farklı hastalık ve durumların tedavisinde kullanılabilen çeşitli lazer cihazlarından oluşur. Bunlar arasında doğumsal damarsal lekeler, bacak ve yüzde özellikle yerleşen kılcal damar genişlemeleri, hemanjiomlar, kızarıklık (eritem) durumları başlıcalarıdır.

Lazer ışınının hedef dokuya ulaştığında mümkün olduğunca çevre dokuya zarar vermeden hedef aldığı dokuyu bölgesel bir ısıtma sonucu tahrip etmesi amaçlanır. Genellikle çevre dokuda herhangi bir değişiklik oluşmadan hedef doku küçültülebilir ya da ortadan kaldırılabilir.

İşlem esnasında ağrıyı azaltmak için genellikle lokal anestezi krem, soğuk üfleme cihazları, buz pedleri 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		EVE T	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"/>	İşığa duyarlılık ile seyreden herhangi bir hastalığınız (özellikle romatizmal hastalıklar) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokal anesteziye karşı alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son birkaç hafta içinde bronzlaştınız ya da solaryuma gittiniz mi?	<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 SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

İşlem sonrasında uygulama alanında oluşan ödem geçici olmakla birlikte sık görülen bir yan etkidir. Nadiren işlem sonrasında morarma da görülebilir. İşlem sonrasında en az birkaç hafta güneşten korunma önlemlerinin alınması uygundur.

Yine kabuklanma, su toplaması, yara oluşumu gibi etkilerde daha az sıklıkla ortaya çıkabilmektedir.

Lazer sonrasında yüz ve vücutta bazen birkaç hafta sürebilen geçici lekelenmeler ve kabuklanmalar hafif makyajla kapatılabilir. Nadir olarak açık yara geliştiğinde antibiyotikli kremlerin kullanılması gerekebilir.

YAN ETKİLER

- a) Hassasiyet ve kızarıklık: Böcek ısırığı benzeri kızarıklık ve yanma gözlenebilir
- b) Ödem: özellikle yüz bölgesinde ortaya çıkan bu yan etki birkaç gün içinde geçer. Evde buz uygulanması şişliğin daha çabuk inmesini sağlayabilir.
- c) Ağrı: İşlem sırasında lokal anestezi kremler, soğuk üfleleyen cihazlar ya da soğuk pedler ağrı hissini azaltmak için kullanılabilir. İşlem sonrasında ise bazen birkaç saat süren ağrı olabilir.
- d) Ciltte renk kaybı: kalıcı renk kaybı riski çok azdır ancak özellikle koyu tenli hastalarda gözlenebilir.
- e) Hiperpigmentasyon(Uygulama alanında ciltte rengin koyulaşması): Bu durum oldukça nadir olmakla beraber ortaya çıktığında bazı leke açıcı krem ve yöntemlerin uygulamsını gerektirebilir.
- f) Yara izi: Oldukça nadir olmakla birlikte görülebilir
- g) Yetersiz sonuç: Tek bir tedavi seansının yetmediği durumlarda birden fazla seans yada farklı yöntemlerin tedaviye eklenmesi gerekebilir.

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*), uygulamanın tüm şikayetlerimi giderme garantisi taşımadığını anladım ve doktorlarım tarafından **vasküler lazer tedavisi** 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.

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.