**SAÇ LAZERİ TEDAVİSİ ONAM FORMU**

**SAYIN HASTA, SAYIN VELİ / VASİ**

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası riskleri öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi ve işlem onayını reddedebilirsiniz.

Bu form, saç lazeri uygulaması ve olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa doktorunuzdan yardım isteyiniz.

**GİRİŞİMİN TANIMI**

Saç lazeri tedavisi saç foliküllerinde gelişimi uyaran ışık dalga boylarının kullanıldığı bir tedavi modelidir. Uygulama saçlı deriye bir tarak/bant ya da kask yardımıyla tedavi amaçlı lazer ışınlarının verilmesinden oluşmaktadır.

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

Saç lazeri (kırmızı lazer/yumuşak lazer tedavisi) en sık erkek ve kadın tipi androgenetik saç dökülmesi, kemoterapinin neden olduğu saç dökülmesi ve saç ekimi sonrasında kullanılmaktadır.

**ALTERNATİF TEDAVİ**

Saç dökülmenizin türüne göre lazer uygulamasına alternatif topikal (minoksidil, PRP gibi) ya da sistemik (finasterid, minoksidil gibi) tedaviler kullanılabilir. Bu konuda doktorunuza aklınıza takılan konularda danışabilirsiniz.

**GİRİŞİM/ TEDAVİ NASIL YAPILACAK?**

Tedaviye temiz saçla gelinmeli, minoksidil gibi ilaçlar, saç jölesi, köpük vs. sürülmemelidir. Seansta lazer kaskı başınıza takılır ve cihaz çalıştırılır. Tedavi süresi 10-30 dk’dır, süre sonunda lazer otomatik kapanır ve kask başınızdan çıkarılır.

Uygulama haftada 2 seans olacak şekilde, yaklaşık 6 ay süreyle yapılır. Sıklıkla diğer saç dökülmesi tedavileriyle (minoksidil, finasterid, PRP gibi) birlikte kullanılır. Hastalık ve hastaya göre, gereken durumlarda daha farklı uygulamalar da yapılabilir.

**GİRİŞİMDEN/ TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR**

Yeni saç çıkımı ve saç tellerinde kalınlaşma sonucunda saç yoğunluğunda artma beklenir.

**GİRİŞİMİ/ TEDAVİYİ KİM YAPACAK**

Uygulama Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı olan doktorlar tarafından yapılır. Hemşire ya da yardımcı sağlık personeli tedavi öncesi, sırası ve sonrasında doktora yardım ederek uygulamaya eşlik eder.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Lazer kaskı tedavisi 10-30 dk’lık seanslar halinde uygulanmaktadır.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ, KOMPLİKASYONLARI**

Tüm tıbbi işlemlerde olduğu gibi bu işlemde de bazı riskler mevcuttur. Baş ağrısı, uygulanan yerlerde kaşıntı, iğnelenme hissi, kızarıklık, kepeklenme olabilir. Tedavinin ilk aylarında yeni saç yapımının uyarılmasına bağlı olarak üstteki saçların atılması sonucunda geçici olarak saç dökülmesinde artma görülebilir.

Uygulamadan sonra saçlı deride kaşıntı, kızarıklık, kepeklenme, ağrılı minik kabarıklıklar gibi herhangi bir yan etki gelişirse lütfen doktorunuza başvurunuz. Oluşacak yan etkiler merkezimiz doktorları tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme işlemleri doktorumuz ve sağlık personelimiz tarafından yapılacaktır. ***Saçlı deride deri kanseri öyküsü*** ***olanlarda*** bu tedavi yerine alternatif tedaviler önerilir.

**TEDAVİNİN REDDEDİLMESI DURUMUNDA OLUŞABİLECEK DURUMLAR**

Saç ve saçlı deri hastalıkları kişinin hayat kalitesini azaltabilir. Tedavinin uygulanmaması halinde hayati tehlikeye yol açabilecek bir durum bulunmamaktadır. Alternatif tedavilerde yapılabilir.

**GİRİŞİMDEN/TEDAVİDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR VE ÖNERİLER**

Işığa duyarlandıran herhangi bir ilaç (psöralen gibi) veya ürün kullanıyorsanız seans öncesi doktorunuza bilgi veriniz. Soğuk algınlığı, alerjik hastalıklar, ağrı kesici ilaçlar ve bazı antibiyotikler de ışığa duyarlılığınızı artırabilir, bunları da doktorunuza bildiriniz. Bu uygulamaya karar vermeden önce doktorunuza, herhangi bir deri tümörü veya kanseri tanısı aldıysanız ve benlerinizde çoğalma ve düzensizlik var ise belirtiniz.

**KULLANILACAK ILAÇLARIN MUHTEMEL ISTENMEYEN ETKILERI VE DIKKAT EDILECEK HUSUSLAR**

Bu tedavi yönteminin başarı şansını artırmak için diğer topikal (sürülerek uygulanan, minoksidil gibi) veya ağızdan alınan ilaçlar tedavinize eklenebilir. Bu durumda size bu ilaçların olası etki, kullanım şekli ve yan etkileri ile ilgili bilgi verilmiş olmalıdır.

**HASTANIN IŞLEM ÖNCESI/SONRASI DIKKAT ETMESI GEREKEN KONULAR ILE DIKKAT EDILMEMESI DURUMUNDA YAŞANABILECEK SORUNLAR**

Uygulamadan sonra ve genel olarak saçınıza zarar verebilecek estetik uygulamalardan kaçınınız. Oluşacak yan etkiler merkezimiz doktorları tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme işlemleri doktorumuz ve sağlık personelimiz tarafından yapılacaktır. Tedavim, sonrasında yaşam tarzım için gerekenler (banyo, ilaç kullanımı, havuz veya deniz tercihi, güneşten korunma korunması, tedavi uyumu ve başarısı açısından kontrol zamanları) ile ilgili ayrıntılı bilgi verildi.

**GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:**

Gerektiğinde hastalığımla/ işlem ilgili gerekli kontrollerin mesai saatleri içerisinde tedavimi yapan doktor veya polikliniğe ulaşarak yapılabileceği, mesai saati dışındaki zamanlarda ise acil servise başvurarak ihtiyaç olan tıbbi müdahalenin yapılabileceği konusunda bilgilendirildim.

**HASTA, VELI VEYA VASİNIN ONAM AÇIKLAMASI:**

• Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.

• Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.

• Tedavi/girişim’den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.

• Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.

• Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

• Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.

• Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

•İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum. •Uygulama esnasında tedavi öncesinde ve sonrasında takipte yararlanmak amacıyla fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum (istemiyorsanız lütfen cümlenin üzerini siliniz).

**Not:** Lütfen el yazınızla “3 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda;** | | |
| Şahsıma ait her türlü tetkik (patoloji, kan vs), her türlü görüntüleme yöntemleri (MR, Tomografi vs) sonuçlarının ve klinik fotoğraflarımın kimliğim belli olmayacak şekilde ve kimlik bilgilerimin paylaşılmaması koşuluyla bilimsel araştırmalarda ve sunumlarda kullanılmasına izin veriyorum. | | |
| Hasta Adı Soyadı |  | Hekimin Adı, Soyadı, Unvanı |
|  |  |  |
| İmza | | İmza |
| Not: Eğer ilgili bölümde imza yoksa hasta rıza vermemiş kabul edilir. | | |

**Hastanın Adı Soyadı: Hastanın Yasal Temsilcisinin**

**Adı Soyadı:**

**Yasal Temsilcisinin Yakınlık Derecesi:**

**İmzası:**

**Tarih: İmzası:**

**Tarih:**

**Saat: Saat:**

**Hastanın yasal temsilcisinden rıza alındıysa nedenini belirtiniz;**

Hastanın bilinci kapalı

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme yetisi yok

Acil

**Dr. Adı Soyadı: İmzası:**

**Tarih:**

**Saat:**

**Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;**

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

**Tercüme Yapanın;**

**Adı Soyadı (el yazısı ile):**

**İmzası:**

**Tarih:**

**Saat:**