**SAÇLI DERİYE PRP UYGULAMASI HASTA 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.

**GİRİŞİMİN TANIMI**

PRP (*platelet rich plasma* = trombositten zengin plazma) kişiden alınan kanın özel bir PRP tüpüne konularak bir seri işlemden geçirildikten sonra elde edilen trombositten (pıhtılaşmayı sağlayan kan hücreleri) zengin plazmanın, yine aynı kişiye iğne enjeksiyonu/dermapen aleti kullanılarak deriye geri verilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Trombositlerin içinde vücudumuzdaki hasarlı dokuların onarımı için gerekli olan çok sayıda “büyüme faktörü” bulunur. Dokularımızda herhangi bir hasar oluşması durumunda, trombositler hasarlı bölgeye gelerek onarım sürecini başlatır. PRP tedavisiyle normal şartlar altında ortama gelen trombositlerden yaklaşık 3-8 kat daha fazla trombosit ortama verilmekte ve böylece uygulama alanında onarım süreci daha güçlü ve hızlı olmaktadır.

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

PRP, saç dökülmesine neden olan bir grup hastalıkta saçların tekrar çıkmasını ve saç tellerinin kalınlaşmasını sağlamak amacıyla saçlı deriye uygulanmaktadır.

Bir hekim size ne yapılacağını anlatacak ve işlemi kabul etmeniz halinde bir bilgilendirme ve rıza belgesi imzalatacaktır. Bu formu imzalamanız, tüm işlemi anladığınızdan emin olmak için gereklidir. Eğer herhangi bir soru ya da kaygınız varsa, lütfen çekinmeden sorunuz.

**ALTERNATİF TEDAVİ**

PRP tedavisine alternatif olarak saç dökülmenizin tipine göre medikal (minoksidil, finasterid, vb.) ve diğer alternatif tedaviler (mikroiğneleme, lazer tarağı vb.) kullanılabilir. Bu konuda doktorunuza aklınıza takılan konularda danışabilirsiniz.

**GİRİŞİM/ TEDAVİ NASIL YAPILACAK?**

Tedavi için hastadan yaklaşık 10-30 cc kan alınır. Özel bir tüpte santrifüj edilir. Bu işlem sonucu elde edilen trombositten zenginleştirilmiş plazma, hastanın saçlı derisine iğne ile enjeksiyon ya da dermapen adı verilen aletle uygulanır.

Uygulama öncesinde, uygulamanın yapılacağı bölge, lokal anestezik krem sürülerek uyuşturulabilir. Lokal anestezik sonrasında bu krem silinerek veya lokal anestezik uygulaması yapılmamışsa doğrudan cilt antiseptik solüsyonlarla temizlenir. PRP derinin orta tabakasına iğne/dermapen kullanılarak uygulanır. Bu işlem, belirli aralıklarla tekrarlanır. Tedaviden iyi sonuç almak için seansların düzenli yapılması gereklidir. Hastalığın durumuna göre seans aralıkları 2-4 hf arasında değişir.

İşlemin yapıldığı gün saçların yıkanmaması ve başka bir ilaç uygulanmaması (minoksidil gibi) önerilir. Ağrı olması durumunda parasetamol (parol, minoset gibi) alınabilir. İşlemden sonra 48 saat boyunca o bölgeyi tahriş edecek uygulamalardan ve spor yapmak gibi aşırı hareketten kaçınılmalıdır.

**GİRİŞİMDEN/ TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR**

Saç dökülmesinde azalma, yeni saç çıkımı ve saç teli kalınlığında artma beklenmektedir.

**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**

Kanın alınıp PRP’nin hazırlanması için gereken süre yaklaşık 20-30 dk ve saçlı deriye uygulama süresi de 20-40 dakikadır. Bu süre, uygulama yapılacak olan alanın büyüklüğüne ve birlikte kombine edilebilecek diğer işlemlerin varlığına göre değişiklik gösterebilir.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ, KOMPLİKASYONLARI**

İşlem sırası ve sonrası saçlı deride kızarıklık, yanma, ağrı olması beklenir ki bu şikayetler yaklaşık 1-3 gün içinde ortadan kalkar. Nadiren, saçlı deride kaşıntı, kepeklenme, enfeksiyon gelişimi ve boyun lenf bezlerinde büyüme görülebilir.

**GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

Saç ve saçlı deri hastalıkları kişinin hayat kalitesini azaltabilir. Öte yandan, bu tedavinin uygulanmaması halinde hayati tehlikeye yol açabilecek bir durum bulunmamaktadır. Alternatif tedavi yöntemleri kullanılabilir.

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

Daha önce bu girişimin yapılıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir. Uygulamaya saçlı deri temiz bir şekilde gelinmesi önerilir.

**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**

Tedavim ve girişim sonrasında yaşam tarzım için gerekenler (banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu, güneşten korunma, tedavi uyumu ve başarısı açısından kontrol zamanları) ile ilgili ayrıntılı bilgi verildi.Uygulamaya gelirken lütfen dinlenmiş olarak geliniz.Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz. En az üç gün öncesinden; işlem sırasında kanamaya yol açabilecek ginko biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yeşil çay, aspirin ve non-steroid antiinflamatuar (ağrı kesici ve ateş düşürücü) ilaçlar kesilmelidir. Enfeksiyon gelişme riski açısından uygulama alanına temas edilmemesi, aynı gün banyo yapılmaması, başka topikal bir ilaç (minoksidil gibi) sürülmemesi ve uygulama günü güneşten korunulması dikkat edilmesi gereken hususlardır. Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen doktorunuza başvurunuz.

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

Gerektiğinde hastalığımla/ girişim ile 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 taktirde 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 taktirde 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 ve Saat:**