



HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	DOLGU UYGULAMASI			
ADI SOYADI		YAŞ:		CİNSİYET:
BİLGİLENDİRME TARİHİ		SAAT:		

Bu form, deri içi dolgu (hiyalüronik asit veya benzer ürünler) uygulaması ve bunların olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Dolgu maddeleri, vücuttaki herhangi bir yapının (yüz, el sırtı, burun vb.) hacmini arttırmak, derin kırışıkları doldurmak ve dudak dolgunlaştırmak için kullanılır. Dolgu maddelerinin kalıcılığı, kullanılan ürüne göre değişmekte olup, ortalama 4-12 aydır. Daha uzun kalıcılığı olan sentetik malzeme içeren dolgularda mevcuttur.

İşlem öncesinde krem veya enjeksiyon yöntemiyle anestezi madde uygulaması yapılmaktadır. Belirli bir süre beklenildikten sonra antiseptik bir maddeyle cilt temizlenir ve uygulama enjeksiyon yöntemiyle yapılır. Aynı kişiye, çökük alanın derinliğine göre birden fazla dolgu maddesi kullanılabilir. Uygulama sonrasında hafif masaj ve buz tatbiki yapılır. Derin çökmelerde ilk uygulama sonrasında 2 ay içinde tekrar yapıldığında daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Tam olarak anlaşılamayan nedenlerden ötürü bazı kişilerde dolgu maddelerinin kalıcılığı beklenen sürelerden daha kısa olmaktadır. Bundan dolayı uygulamanın sonuçlarıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez.

Tarafıma uygulanacak işlemin, mevcut hastalıklarım için standart tıbbi tedavinin yerine geçmediği ve devam eden tedavilerimi aksatmaması gerektiği tarafıma açıkça anlatılmıştır.

Bu konuda bilgilendirildiğimi, okuduğumu ve anladığımı kabul ederim.

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum.

(İstemiyorsanız lütfen cümlelerin üzerini siliniz.)

LÜTFEN YANITLAYINIZ

EVET HAYIR

EVET HAYIR

Hamilelik riskiniz var mı?

☐ ☐

Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?

☐ ☐

Emziriyor musunuz?

☐ ☐

Herhangi bir şeye karşı alerjiniz var mı?

☐ ☐

Şeker hastalığınız var mı?

☐ ☐

Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?

☐ ☐

Kanamaya yatkınlığınız var mı?

☐ ☐

Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?

☐ ☐

Sistemik bir enfeksiyon hastalığınız var mı?

☐ ☐

HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?

☐ ☐

Otoimmün bir hastalığınız var mı?

☐ ☐

Uçuk ataklarınız olur mu?

☐ ☐

Kortizonlu ilaç kullanıyor musunuz?

☐ ☐

Daha önce dolgu uygulaması yaptırdınız mı? Evet ise alerji ya da beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı?

☐ ☐

Başka bir ilaç kullanıyor musunuz?

☐ ☐☐ ☐

DOLGU UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, ağrı, hassasiyet
- Şişlik, morluk, kaşıntı, enfeksiyon
- Alerjik reaksiyonlar, akıntılı şişlikler, çökük iz
- Ele gelen kitleler, asimetri, renk değişikliği

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- En az üç gün öncesinden; ginko biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yüksek doz E vitamini, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar doktorunuza danışılarak kesilmelidir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas etmeyiniz
- Makyaj uygulaması en az 24 saat sonra olmalıdır.
- Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız
- En az 3 gün süre ile uygulama alanındaki mimiklerinizi kullanmamaya özen gösteriniz.
- Yoğun spordan 1 hafta süreyle kaçınınız.
- Sauna, jakuzi gibi sıcak ortamlardan 1 hafta süre ile kaçınınız
- Dudak dolgusu yapıldıysa 2-3 gün sıcak-soğuk bir maddeyle temas ettirmeyiniz
- Dudak dolgusuna anestezi yapıldığı için his geri gelene kadar (2-3 saat) herhangi bir şey yiyip içmeyiniz
- 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 doktorumuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı personeli seçme hakkına sahipsiniz.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (hasta hakları yönetmeliği, Resmî gazete, tarih:01.08.1998; sayı:23420) Doktorumun Dolgu Uygulama işlemini yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor Adı Soyadı (**)	Yardımcı Personel Adı Soyadı (***)
İmza	İmza	İmza	İmza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır. (**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır. (***) *Yardımcı Personel: Merkezimizde çalışan ve gerekli sertifika ve eğitimleri almış hemşire, estetisyen*