



HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	MEZOTERAPİ				
ADI SOYADI		YAŞ:		CİNSİYET:	
BİLGİLENDİRME TARİHİ		SAAT:			

Bu form, mezoterapi uygulaması ve bunun olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatli okuyunuz. Sorularınız veya anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Mezoterapi farklı amaçlara yönelik hazırlanmış özel ilaç karışımlarının derinin orta tabakasına, özel iğne uçları kullanılarak uygulanan özel bir enjeksiyon yöntemidir. Mezoterapi cildi yenilemek, nemlendirmek ve canlandırmak için yüz, boyun ve dekolte bölgesine uygulanabilir. Saç dökülmelerinde saçları canlandırmak amacıyla saçlı deriye uygulanabilir. Bölgesel zayıflama ve selülit tedavisinde kollar, karın ve bacak bölgelerine uygulanabilir. Mezoterapide kullanılan ürünler hiyalüronik asit, vitaminler, proteinler ve minerallerdir. Mezoterapinin amacı ve beklenen etkisi; kullanılan ürüne, uygulama bölgesine ve uygulama nedenine göre değişmektedir. Mezoterapi işlemi belirli aralıklar verilerek seanslar şeklinde yapılır. Uygulama sırasında ağrı olabileceği için yerel anestezi kremleri kullanılabilir. Tedaviden iyi sonuç almak için seansların düzenli yapılması gereklidir.

Uygulamanın sonuçları kişinin cilt veya saç yapısına, kullanılan ürüne ve kişisel özelliklerine göre değişebilir. Belirli bir sonuç veya kalıcılık süresi garanti edilemez.

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 cümlemin üzerine çiziniz)

LÜTFEN YANITLAYINIZ

EVET HAYIR

EVET HAYIR

Hamilelik riskiniz var mı?

☐ ☐

Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?

☐ ☐

Emziriyor musunuz?

☐ ☐

İlaç kullanıyor musunuz?

☐ ☐

Şeker hastalığınız var mı?

☐ ☐

Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?

☐ ☐

Kanamaya yatkınlığınız var mı?

☐ ☐

Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?

☐ ☐

Migren ataklarınız olur mu?

☐ ☐

HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?

☐ ☐

Daha önce mezoterapi uygulaması sırasında alerji veya beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı?

☐ ☐☐ ☐

MEZOTERAPİ UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, kanama
- Morluk
- Enfeksiyon
- Alerjik reaksiyonlar
- Yanma, kaşıntı
- Ödem

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, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar doktorunuza danışarak kesilmelidir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas edilmemesi
- Uygulamadan sonra bir gün süreyle banyo yapılmaması
- Uygulama günü güneşten korunulması
- Uygulama sonrası doktorunuzun önerdiği kremlerin kullanılması
- 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 yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420), doktorlarımın Mezoterapi işlemini yapmalarına özgür ve açık irademe 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