



HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	ENJEKSİYON LİPOLİZ				
ADI SOYADI		YAŞ:		CİNSİYET:	
BİLGİLENDİRME TARİHİ		SAAT:			

Bu form, enjeksiyon lipoliz 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.

Enjeksiyon lipoliz; enjeksiyon ile yüz veya vücudun herhangi bir bölgesindeki yağ birikimlerini azaltan bir tedavi yöntemidir. Lokalize yağ birikimlerini azaltmak için yıllardır çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanı enjeksiyon lipolizdir. Bunun için “yağ yakıcı” özellikleri olan farklı içerikli maddeler “kokteyl” halinde derialtı yağ tabakasına enjekte edilir. Enjeksiyon lipolizde farklı yağ yakıcı özellikli maddeler kullanılmaktadır. Örnek olarak fosfotidilkolin, dezoksikolik asit, karnitin, kafein, aminofillin, yohimbin vb. gibi. Bu maddeler tek veya birkaç ürün farklı oranlarda karıştırılarak kombine olarak uygulanmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanı fosfotidilkolindir.

Enjeksiyon lipolizi genel anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Sadece, işlem bölgesine koyulan akü buz ve lokal anestetik spreyleyler kullanılabilir.

Enjeksiyon lipoliz, hedef bölgede her noktaya 1-1,5 cm arayla 0.2-0.3 cc karışım verilecek şekilde subdermal, yani derialtı yağ tabakasının içine uygulanır. İşlem 13 mm, 30 G iğne ucu ile yapılır. 2-4 haftalık seans aralıkları ile, toplam 4-8 seans tedavi uygulanır. Daha sonra, elde olunan başarıyı korumak için ayda bir tedavi seansı da uygulanabilir.

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 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?

☐ ☐

Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı?

☐ ☐

HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?

☐ ☐



HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

ENJEKSİYON LİPOLİZ UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLECEK YAN ETKİLER

Uygulama bölgesinde kızarıklık, ağrı, hassasiyet, şişlik, kaşıntı, morluk, hematoma, geçici sertlik veya nodül, renk değişikliği, ürtiker, enfeksiyon ve kullanılan ürüne bağlı sistemik etkiler gelişebilir.

Nadir durumlarda alerjik reaksiyon, doku hasarı, ülserasyon, nekroz, kalıcı iz ve sinir yaralanması görülebilir. Çene altına deoksikolik asit uygulanması hâlinde mandibular sinir hasarına bağlı asimetrik gülümseme ve yutma güçlüğü gelişebilir.

UYGULAMANIN YAPILAMAYACAĞI VEYA DİKKAT GEREKTİREN DURUMLAR

Gebelik, emzirme, uygulama alanında enfeksiyon, kullanılan ürüne karşı bilinen alerji, kanama eğilimi, ciddi karaciğer veya böbrek hastalığı, otoimmün ya da sistemik hastalıklar ve düzenli ilaç kullanımı hekime bildirilmelidir. Uygulamanın uygunluğu kullanılan ürüne ve kişinin sağlık durumuna göre hekim tarafından belirlenir.

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulama öncesinde alkollü içecek tüketmeyiniz.
- Kan sulandırıcılar dâhil kullandığınız tüm ilaçları ve bitkisel ürünleri hekiminize bildiriniz. Reçeteli ilaçlarınızı, ilacı düzenleyen hekime danışmadan bırakmayınız.
- Uygulama alanındaki enfeksiyon, yara veya sağlık durumunuzdaki değişiklikleri hekiminize bildiriniz.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulama alanına hekiminizin belirttiği süre boyunca masaj yapmayınız.
- Yoğun egzersiz, sıcak ortamlar ve diğer kısıtlamalar konusunda hekiminizin önerilerine uyunuz.
- Şiddetli veya artan ağrı, belirgin renk değişikliği, aşırı şişlik, asimetrik gülümseme, yutma güçlüğü ya da beklenmeyen başka bir etki gelişirse derhâl doktorunuza başvurunuz.

Sağlık bilgileriniz yasal zorunluluklar dışında gizli tutulur ve üçüncü kişilerle paylaşılmaz. Kendi hasta dosyanızı inceleme ve bir kopyasını alma hakkına sahipsiniz.

Bu uygulamanın mevcut hastalıklarım için standart tıbbi tedavinin yerine geçmediği ve devam eden tedavilerimi aksatmaması gerektiği tarafıma açıklanmıştır. Okudum, anladım ve kabul ediyorum.

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 **Enjeksiyon Lipoliz** işlemini yapmalarına 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*