



HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	PRP (TROMBOSİTTEN ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ PLAZMA)		
ADI SOYADI		YAŞ:	CİNSİYET:
BİLGİLENDİRME TARİHİ		SAAT:	

Bu form, "trombositten zengin plazma" 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.

Trombositten zengin plazma (PRP=platelet rich plasma), kişiden alınan küçük miktardaki kanın özel bir tüpe konularak bir dizi işlemten geçirildikten sonra elde edilen trombosit zengin plazmanın, yine aynı kişiye enjeksiyon yoluyla geri verilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Trombosit denilen kan hücreleri, vücudumuzdaki hasarlı dokuların onarımı ve doğal haline dönüşmelerini sağlamak için gerekli "büyüme faktörlerini" yapısında barındırmaktadır. Eğer dokularımızda herhangi bir hasar olursa bu kan hücreleri, hasarlı dokuya gelerek onarım sürecini başlatırlar. PRP tedavisinde ise normal şartlar altında toplanan trombositlerden daha çok miktarda hücrenin hasarlı dokuda birikmektedir ve böylece onarım süreci hızlı ve güçlü bir şekilde başlamış olur.

Kişideki trombosit düşüklüğü veya işlev bozukluğu, ciddi anemi, aktif enfeksiyon, aktif kanser ve kan sulandırıcı kullanımı işlem öncesinde hekim tarafından değerlendirilmelidir.

PRP yöntemi cilt gençleştirme, yara iyileşmesi, saç dökülmeleri ve sivilce izi tedavilerinde kullanılmaktadır. Tedavi için hastadan yaklaşık 5-10cc kan alınır. Özel bir tüpte santrifüj edilir. Bu işlem sonucu plazma içinde normalden daha fazla miktarda trombosit birikmiş olur. Trombositten zenginleştirilmiş bu plazma, aynı kişiye enjeksiyon yoluyla verilir.

PRP nin kişinin kendi kanından hazırlanması nedeniyle alerjik reaksiyon riski düşüktür; ancak işlem sırasında kullanılan diğer maddelere karşı nadiren reaksiyon gelişebilir.

Uygulama genellikle 4-6 hafta arayla 3-4 seans olarak yapılmaktadır. Ancak uygulamanın seans sayısı, aralığı ve elde edilecek sonuçlar kişiye ve uygulama amacına göre değişebilir; belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez

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

(İstemiyorsanız lütfen cümlemin 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?

☐ ☐

Herhangi bir şeye karşı alerjiniz var mı?

☐ ☐

Aktif bir deri hastalığınız var mı?

☐ ☐

PRP 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 danışılarak 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.

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.

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, Resmî Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420), doktorlarımın PRP 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