

ADI-SOYADI:
T.C. KİMLİK NO:
DOĞUM TARİHİ (YAŞI):

TARİH:
TELEFON:
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **ALTIN İĞNE (FRAKSİYONEL MİKRO İĞNELİ RADYOFREKANS)** uygulaması işleminin faydaları, riskleri, istenmeyen sonuçları (komplikasyonlar), işlem öncesi ve sonrası dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi vermek, size uygulanacak bu işlemi anlamınızı ve kendi rızanız ile onay vermenizi sağlamaktır. **Lütfen formu dikkatlice okuyunuz.** Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa belirtiniz ve doktorunuzdan yardım isteyiniz. Size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin görüşme tanığı olarak katılmasına izin verebilirsiniz.

Sizinle ilgili bilgiler (kimlik, hastalık, durum, 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.

YAPILACAK İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Fraksiyonel Mikro İğneli Radyofrekans Sistemi son yıllarda geliştirilmiş yeni bir teknolojidir. Bu sistemde kişiye özel, steril, ucunda çok sayıda mikro iğnelere oluşan bir başlık ve bu başlığın bağlı olduğu bir radyofrekans ünitesi bulunur. Radyofrekans enerjisi mikro iğneler yardımıyla derinin alt tabakalarına iletilir. İletilen bu enerji dokuları ısıtır. Amaç verilebilecek en yüksek enerjiyi, derinin üst tabakalarına zarar vermeden doğrudan cilt altına ulaştırmaktır. Bu enerji deri altındaki dokularda **yeni kolajen yapımını ve hasarlı kolajenin onarılmasını sağlar.** Böylece **ciltte yenilenme, hasarlı dokuların onarımı, parlak ve gergin bir cilt oluşumu gözlenir.**

İŞLEMİN UYGULAMA YÖNTEMİ

Fraksiyonel Mikro İğneli Radyofrekans Sistemi uygulaması öncesi cilt temizlenir, ağrıyı minimize etmek amacı ile topikal anestezi kremler veya isteğe bağlı olarak sedoanaljezi ile anestezi yapılır. Kişiye özel başlık sisteme takılır ve uygun dozlar belirlenir. Uygulama ortalama 30 dakika sürmektedir. **Fraksiyonel mikro iğneli radyofrekans tedavisinin etkinliği için genellikle 3-4 hafta aralıklarla birden çok sayıda seansa ihtiyaç olur.** Bazı durumlar da ise istenen kozmetik düzelme için başka ek tedavilerle (PRP, mezoterapi, kök hücre vb.) birlikte kullanılması daha iyi sonuç verebilir. Uygulama sonrası var olan şikayetlerin tümünün yok olması garantilenemez.

UYGULAMAYA ENGEL VEYA UYGULAMADA RİSKLİ DURUMLAR

- 18-80 yaş aralığında ve daha gençlerde ebeveyn onayı ile uygulanabilmektedir.
- Hamilelik/Emzirme
- Akut/kronik enfeksiyonlar ve sepsis tablosu
- Uygulama yerinde aktif enfeksiyon
- Kanseri varlığı veya kemoterapi tedavileri alıyor olmak
- Bağışıklık sistemini baskılayan hastalığı olanlar veya bağışıklığı baskılayan ilaç kullananlar
- Ciddi otoimmün hastalık, organ yetmezliği veya sistemik hastalığı kontrol altında olmayanlar (diyabet, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği vb.)
- Anormal platelet=trombosit (kan pulcuğu) işlev bozuklukları (kan hastalıkları; lösem, trombositopeni)
- Aktif psikolojik/psikiyatrik hastalıklar
- Organ transplantasyonu hikayesi olanlar

UYGULAMA SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER *İşleme ait genel bir risk yoktur.*

- Kısa süre hafif düzeyde deride ağrı, yanma ve hassasiyet olabilir.

- Uygulama derinliğine göre 3-4(üç-dört) saat ile 1-4(bir-dört) güne kadar devam edebilen eritem (kızarıklık) ve özellikle göz çevresi uygulamasında hafiften şiddetliye göre değişen ödem (şişlik) olabilir.
- Nadiren kemik üzeri veya çok ince deri alanlarında hafif/orta düzeyde deri altında ekimoz, hematoma (kanama) görülebilir.
- Her türlü antiseptik önlemimize rağmen mikro kanallar açılan deriye nadiren de olsa bakteri girişi olabilir ve yüzeysel/ derin deri enfeksiyonları görülebilir.
- Enfeksiyon tedaviden sonra olağan bir durum değildir ancak uçuk (Herpes simpleks virüs enfeksiyonu) ağız çevresindeki tüm işlemlerde ortaya çıkabilir. İşlem sırasında doktorunuzun gözünden kaçabilecek uçüğünüz veya uçuk hikayeniz varsa tedavi öncesi ya da sırasında doktorunuzla bunu paylaşmalısınız. **Aktif uçüğünüz varsa bu işlemi ertelemek durumunda kalacağız.** Uçuk hikayenizde mevcut ise size uçuk önleyici tedavi reçete etmemiz gerekecek. Tedavi sonrasında uçuk ya da benzeri enfektif olabilecek deri değişiklikleri gelişirse yine bunu doktorunuzla muayeneye gelerek ya da görsel fotoğraflar göndererek paylaşmalısınız ve doktorunuzun gelişebilecek bu durumlar karşısında tedavisine şimdiden onay vermelisiniz.
- Kabuklanmalar, içi su dolu kabarcıklar şeklinde deri değişiklikleri gelişebilir.
- Deride soyulma ve çizilmeler, renk değişiklikleri gelişebilir.
- Lekelerde koyulaşma görülebilir.
- Deri renginde koyulaşma veya açılma olabilir.
- Her ne kadar leke tedavilerinde yeri varsa da nadiren hiperpigmentasyon (lekede koyulaşma) riski olabilir.

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Hamilelik ve emzirme döneminde yapılamaz. Seanslara başlamadan önce veya seanslar devam ederken gebelik şüphesi / gebelik söz konusu olursa bunu mutlaka doktorunuzla paylaşınız.
- İşlem yapılacak alanın temiz olması gerekmektedir. (Makyaj yapmayınız.)
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- Uygulama öncesinde ve sırasında belirtilen; uygulama sonrasında kullanmanızı istediğimiz oral (ağızdan) ve topikal (deri üstüne) ilaçları kullanmayı kabul etmeniz gerekmektedir.
- Kullandığınız tüm sistemik (ağızdan ilaç ve ağızdan gıda takviyelerini) ve topikal (deri üstüne krem, merhem, serum, losyon, kozmetik ürün, makyaj ürünleri vb.) kimyasalları doktorunuzla paylaşınız.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- İlk 24(yirmi dört) saat uygulama alanına temas etmeyiniz ve duş almayınız.
- En az 24(yirmi dört) saat makyaj yapmayınız.
- İşlemden 48 saat sonrasına kadar su, sabun, kozmetik ve benzeri ürünlerin temasından, tahriş edici sürtme ve kaşıma gibi davranışlardan kaçınınız.
- Yoğun spordan 1 hafta süreyle kaçınınız.
- İlk 15(on beş) gün hamam, sauna, kaplıca, havuz, denize girme/plajda güneşlenme, solaryum, cilt bakımı, yüz masajı, yüze lazer epilasyon, yüze sir ağda/ epilasyon işlemlerini yaptırmayınız veya mutlaka doktorunuza başvurunuz.
- Altın İğne uygulaması direkt güneş hassasiyetine neden olmasa da deri üzerinde yapılan her işlem gibi uygulama sonrası direkt güneş ışığına maruz kalınacak saatler olan 10:00-16:00 zaman diliminde en az 15(on beş) gün güneşten kaçınınız, güneşlenmeyin. Önerdiğimiz SPF 50 güneş koruyucu losyonunuzu kapalı alanlarda ve direkt güneş ışığına maruz kalmadığınız yerlerde ve zamanlarda bile 2-3 saatte bir, mutlaka en az 15(on beş) gün boyunca uygulayınız.
- Beklemediğiniz bir durumla karşılaşırsanız mutlaka bizi haberdar ediniz.
- Uygulama öncesi veya hemen sonrasında önerdiğimiz uçuk önleyici ilacınızı kullanmayı ihmal etmeyiniz.
- Uygulama sonrası rutininiz olarak 1.(birinci) 3.(üçüncü) gün ve 7.(yedinci) gün fotoğraf göndermeyi ihmal etmeyiniz.

BAŞARI DURUMU

Tedaviden alınacak başarı kişiden kişiye değişebilir, tedavi sonucunda yeterli yanıt alınamayabilir. İşlem sonucu ile ilgili herhangi bir garanti verilemez. Kesin belirlenmiş bir uygulama sayısı yoktur. Bu nedenle tekrarlayan enjeksiyonlar gerekebilir.

UYGULAMA VE UYGULAMA MALİYETİ

Bu formu okuduktan sonra onay vermeniz halinde “işlem öncesi işleme ilişkin maliyet konusunda bilgilendirildiğinizi” ve “yapılacak işlemin maliyetini onayladığınıza dair” de onam vermiş olacaksınız. Oluşacak yan etkiler ve komplikasyonlar doktorunuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri ve tedavi yönetiminiz doktorunuz tarafından belirlenecektir. Ancak oluşacak yan etkilerde ve komplikasyonlarda belirlenen tedavi yönteminizin masrafları doktorunuz tarafından karşılanmayacaktır. Klinik içinde yapılacak müdahalelerden ek ücret alınacaktır. Ayrıca bu gibi durumlarda size yapılan işlemin ücret iadesi de yapılmaz.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Bu formu okuduktan sonra onay vermeniz halinde “uygulanacak tedaviye alternatif olabilecek tedaviler konusunda doktorunuz tarafından detaylı bir şekilde bilgilendirildiğinize dair onam vermiş olacaksınız.

FORMU İMZALAMAKLA ŞUNLARI KABUL ETMİŞ OLACAKSINIZ.

- ❖ Durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili olarak **ALTIN İĞNE (FRAKSİYONEL MİKRO İĞNELİ RADYOFREKANS)** uygulaması hakkında ayrıntılı olarak bilgi aldım.
- ❖ Tedavinin yararları, uygulama yöntemi, tedaviye engel ve tedavinin yapılmasının riskli olacağı durumlar, genel riskler ve oluşabilecek istenmeyen sonuçlar, uygulama sıklığı, başarı durumu, maliyeti, alternatif tedaviler, uygulama öncesi ve sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında tarafıma bilgi verildi.
- ❖ İzin olmaksızın tarafım üzerinde herhangi bir tıbbi müdahale/tedavi zorunlu olmadıkça uygulanamayacağı bana anlatıldı.
- ❖ Bu formda anlatılanlar dışında uygulama sırasında gerekebilecek herhangi bir ek girişimin, klinik içinde ya da klinik dışında sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için rızam dışında uygulanabileceği anlatıldı.
- ❖ İşlem sonucunda kesin bir başarı olamayabileceği ve başarı oranının hastadan hastaya değişebileceği ve bu yönde bir garanti verilmediği tarafıma anlatıldı.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak dört sayfadan oluşan bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtladığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi, doktorumun **ALTIN İĞNE (FRAKSİYONEL MİKRO İĞNELİ RADYOFREKANS)** uygulamasını yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

İş bu form 2 nüsha olarak düzenlenmiştir. 1 nüshası hastaya teslim edilmiştir.

Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır. () Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır. (*)*

HASTA ADI-SOYADI	TANIK ADI-SOYADI	DOKTOR ADI-SOYADI
İMZA:	İMZA:	İMZA:

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ ALANI EKSİKSİZ OLARAK DOLDURUNUZ.	EVET	HAYIR
Sistemik kronik bir hastalığınız (şeker (tip 1/2 diyabet), hipertansiyon, kalp, hashimato tiroiditi, karaciğer, akciğer, böbrek, nörolojik vb) var mı?		
Otoimmün bir hastalığınız (sistemik lupus eritematozus, skleroderma, dermatomyozit, ankilozan spondilit, romatoid artrit, ülseratif kolit, crohn hastalığı vb. gibi) var mı?		

Kanser hastalığınız (daha önce/şu anda) var mı? Bu durum için herhangi bir ilaç/tedavi alıyor musunuz?		
Aktif bir deri hastalığınız var mı? Daha önce bir deri hastalığınız (akne, dermatit, sedef, liken, lupus vb.) var mıydı?		
Tüm bu durumlar için düzenli kullandığınız ilaçlar/gıda takviyesi var mı?		
Kanamaya yatkınlığınız var mı?		
Yakın zamanda kan sulandırıcı etkileri olan aspirin, kumadin, varfarin, ginkgo biloba, ginseng, yeşil çay, koenzimQ10 vb ilaçlar veya gıda takviyesi aldınız mı?		
Geçirilmiş hepatit B, Hepatit C, HIV, Sifiliz (Frengi) var mı?		
Gebelik riski, gebelik ya da emzirme var mı?		
Sistemik ya da uygulama alanında lokal enfeksiyonunuz var mı?		
Tekrarlayan uçuk enfeksiyonu yaşar mısınız?		
Geçirilmiş ameliyat/ameliyatlarınız var mı?		
Alerji öyküsü var mı? Herhangi bir ilaç veya anestezi maddeye karşı alerjiniz var mı?		
Uygulama alanına bir kozmetik ürün kullanıyor musunuz?		
Yoğun güneş veya UV (solyum gibi) maruziyetiniz oldu mu?		
Panik atak öykünüz var mı?		
Daha önce ALTIN İĞNE (MİKROİĞNELİ FRAKSİYONE RADYOFREKANS) uygulamasını herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan ALTIN İĞNE (MİKROİĞNELİ FRAKSİYONE RADYOFREKANS) işlemi/işlemlerinde beklenmeyen bir etki ile karşılaştınız mı?		
Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerimin/görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini onaylıyorum.		
Alınan görüntülerin sosyal medya hesaplarınızda hastalarınızı bilgilendirmek amaçlı kimliğim belli olmayacak şekilde paylaşılmasını onaylıyorum.		

Sorulan sorulara evet yanıtı verdiğiniz durumları detaylıca aşağıdaki alana yazınız.

.....

.....

.....