

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

TARİH:
TELEFON:
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **dolgu maddelerinden olan Hyalüronik Asit (HA), Kalsiyum hidroksiapatit (CaOH-Apatit), Poli-L-Laktik asit (PLLA), polikaprolakton (PCL) maddelerinin** cilt içi ve cilt altına implant şeklinde uygulaması işleminin faydaları, riskleri, istenmeyen sonuçları(komplikasyonlar), işlem öncesi ve sonrası dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi vermek, size uygulanacak bu işlemi anlamanızı 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

Dolgu maddeleri, vücuttaki herhangi bir yapının (yüz, dudak, el sırtı, burun vb.) hacmini arttırmak, dokuların şeklini değiştirmek, ciltteki derin kırışıkları doldurmak için kullanılır. Dolgu maddelerinin kalıcılığı ve etki süresi kullanılan maddeye göre değişir. Kalıcı olmayan dolgu materyali olan **hyaluronik asit (HA)** dolgularda ortalama **4-12 aydır**. Yarı kalıcı dolgu materyalleri olan Kalsiyum hidroksiapatit (**CaOH-Apatit**), **Poli-L-Laktik asit (PLLA)**, **polikaprolakton (PCL)** maddeleriyle yapıldığında ise **12-24 ay arasındadır**.

İŞLEMİN UYGULAMA YÖNTEMİ

Uygulama öncesi şikâyetin ne olduğu, şiddeti, uygulama yapılacak maddenin çeşidi ve miktarı hastayla birlikte kararlaştırılır. Yüzde dudak, burun, şakak, yanak, ön yüz, tüm yüz, çene ucu, jawline çene hattı gibi alanlara, boyun çizgilerinin içine, el sırtlarına, birden fazla çeşitte dolgu maddesi ayrı ayrı ya da karıştırılarak uygulanabilir. İşlem öncesinde krem veya iğne ile enjeksiyon yöntemiyle anestezi madde uygulaması yapılır. Belirli bir süre beklenildikten sonra antiseptik bir maddeyle cilt temizlenir ve uygulama iğne ya da kanül enjeksiyon yöntemiyle yapılır. Uygulama sonrasında hafif masaj ve buz tatbiki yapılır. Doktorunuz uygun ve gerekli görürse başka seanslarda tekrarlayan ek uygulamalar yapabilir.

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

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

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. Çünkü tedavinizi ertelemek gerekecektir.
- İşleme gelirken yüzünüzde makyaj olmasın ve temizlemiş olarak geliniz.
- Uygulamalara dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- Gingko biloba, ginseng vb içerikli gıda takviyeleri, kiraz sapı çayı, yeşil çay gibi içecekler, kan sulandırıcı Aspirin, Kumadin, Heparin gibi ilaçlar ve nonsteoid antiinflamatuvar (NSAİİ) romatizmal ilaçlar kullanımını genellikle 3 (üç) gün önceden kesmiş olmanız gerekir. Bunu doktorunuzla paylaşınız.
- **Son 1 (bir) hafta içerisinde uygulama alanında uçuk, zona gibi viral deri hastalığınız veya daha önce tanı konmuş takipli veya takipsiz bir deri hastalığınız olduysa bunu doktorunuzla paylaşınız.**
- Uygulama öncesinde ve sırasında belirtilen; uygulama sonrasında kullanmanızı isteyebileceğimiz oral (ağızdan) ve topikal (deri üstüne) ilaçları kullanmayı baştan kabul etmenizi isteyeceğiz.
- Cildinizin doğrudan her türlü ışık ve ısı kaynaklarına maruz kalabileceği (solaryum, güneşlenme, lazer epilasyon gibi) işlemler yaptırıyor ve eylemlerde bulunuyorsanız ve bu işlemlerinize/eylemlerinize devam edecekseniz bunu mutlaka doktorunuzla paylaşmalısınız.
- Sistemik bulaşıcı bir hastalığınız (hepatit B, hepatit C, HIV vs.) sistemik bulaşıcı olmayan bir hastalığınız (otoimmün hastalık, tansiyon, şeker, kalp hastalığı vb.) varsa bunu doktorunuzla paylaşınız.
- 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.
- Evde dermatolojik asitler dediğimiz glikolik asit, retinoik asit, salisilik asit, laktik asit, askorbik asit vs. içerikli ürünleri kullanıyorsanız bunu doktorunuzla paylaşınız.

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) olabilir.
- Göz altı uygulamalarında hafiften şiddetliye göre değişen ödem (şişlik) olabilir.
- İğne giriş alanları ve enjeksiyon yapılan tüm alanlarda morluklar olabilir.
- Enjeksiyon sırasında cilt altı kanamalara bağlı olarak hematoma denilen kanamalara bağlı ağrılı şişlikler oluşabilir.
- Her türlü antiseptik önlemimize rağmen mikro kanallar açılan deriye nadiren de olsa bakteri girişi olabilir; yüzeysel/ derin; bakteriyel/fungal deri enfeksiyonları görülebilir.
- Uçuk veya var olan uçukta yayılma olabilir.
- Enjeksiyondan 3-12 ay sonra bile oluşabilen, cilt altında enfektif olmayan **nodül/granüloma** denilen ya da enfektif olan **biyofilm** denilen; **kendiliğinden gerilemeyen asimetric görünümlü ve ele gelen kitleler gelişebilir. Bunların oluşumları önceden kestirilemez.** Oluştukları durumda doktorunuz medikal tedaviler önerecektir. Doktorunuzun tavsiyelerine uymalısınız. Bazen cerrahi olarak çıkarılmaları da gerekebilir.
- Bazen dolgu materyalinin damar yakınına ya da içine enjeksiyonu sonrasında deri beslenme bozuklukları ya da deri nekrozu dediğimiz deride renk değişiklikleri ve ağrı ile seyreden acil müdahale gerektiren durumlar gözlenebilir. Bu durumlar işlemde hemen sonra veya işlemde sonraki 72 saat içinde gelişebilir. Böyle bir durumda doktorunuzun acil müdahalesi gerekecektir ve size acil müdahale edebilecektir ve ilaçlar reçete edebilir. Bu durumun düzelmesi 1-3 ay sürebilir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- İlk 24 saat duş almayınız. En az 24 saat makyaj yapmayınız.
- İlk 10 (on) gün spor, hamam, sauna, jakuzi, kaplıca, havuz, denize girme/plajda güneşlenme, solaryum, cilt bakımı, yüz masajı, yüze lazer epilasyon, yüze sir ağda/ağda epilasyon işlemlerini yaptırmayınız veya mutlaka doktorunuza başvurunuz.
- 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 kaçının, 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 uygulayın.
- Özellikle dudak dolgularından sonra uygulama öncesi veya hemen sonrasında önerdiğimiz uçuk önleyici ilacınızı kullanmayı ihmal etmeyiniz. Ayrıca dudak dolgusundan sonra anestezinin etkisi geçinceye kadar bir şey yiyip içmeyiniz. 3 (üç) gün öpüşmekten kaçınınız. 3 (üç) gün çok sıcak ya da çok soğuk yiyecek ve içeceklerden kaçınınız. Katı ve sert yiyeceklerden kaçınınız.
- Beklemediğiniz bir durumla karşılaşırsanız mutlaka bizi haberdar ediniz.

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, gingko 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 enfeksiyonunu 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 (solaryum gibi) maruziyetiniz oldu mu?		
Panik atak öykünüz var mı?		
Daha önce DOLGU uygulaması herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan DOLGU 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.

.....

.....

.....

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 **DOLGU** 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 yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi, doktorumun **DOLGU** uygulamasının 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: