

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

TARİH:
TELEFON:
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **HYALÜRONİD AZ UYGULAMASI (Dolgu Eritme)** 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 yüz bölgesi (elmacık, yanak, göz çevresi, alın, nasolabial yani burun-dudak köşeleri arasındaki katlantılar, dudak, çene, çene hattı, burun, şakak,) kulak, boyun, kaş, el üstü gibi birçok alana; katlantıları ve kırışıklıkları hafifletmek, hacimlendirmek, şekillendirmek, nemlendirmek, kolajen uyarımı sağlamak, çukur izleri doldurmak, yumuşak dokuda gelişmiş deformasyonları gidermek gibi amaçlarla uygulanabilmektedir. Bu amaçla uygulanan dolgu maddeleri hyaluronik asit, kalsiyum hidroksiapatit, polikaprolakton ve poli-L-laktik asit dolgularıdır. Dolgu uygulamalarından sonra uygulanan dolgu maddelerine veya uygulama yapılan kişinin yapısına bağlı olarak istenmeyen etkiler görülebilir. Bu istenmeyen etkiler dolgu yapılan alanda erken dönemde kanlanmada bozulma, geç dönemde kabarıklık, şişlik, asimetri oluşumlarıdır. Hyaluronidaz hyaluronik asidi (dolguyu) parçalayan bir enzimdir ve dolgu uygulamalarına bağlı ortaya çıkan istenmeyen görünümleri düzeltmek amacıyla kullanılmaktadır.

İŞLEMİN UYGULAMA YÖNTEMİ

İşlem öncesinde krem olarak anestezi madde uygulanabilir. Belirli bir süre beklenildikten sonra antiseptik bir maddeyle cilt temizlenir ve uygulama enjeksiyon yöntemiyle yapılır.

Hyaluronidaz enjeksiyonları dolgu yapılan alanlara deri altı enjeksiyon şeklinde uygulanır. Uygulama öncesi önkola alerji testi yapılmalıdır. Test yapılan alanda 20-30 dakika sonrası oluşan kızarıklık ve kabarıklık pozitif olarak değerlendirilmelidir. Eğer test negatif çıkarsa enjeksiyon yapılabilir. Kullanılan dolgunun yapısına bağlı olarak hyaluronidaz enjeksiyonlarını bir veya daha fazla seans olarak uygulamak gerekebilir. Enjeksiyon sonrasında doktorun öngöreceği bir süre gözlem altında olmanız istenebilir. **Tam olarak anlaşılmayan nedenlerden ötürü hyaluronidaz enjeksiyonları etkisi ve sonuçlarıyla 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 veya 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

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 yaşıyor musunuz?		
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 HYALÜRONİDAZ (Dolgu Eritme) uygulamasını herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan HYALÜRONİDAZ (Dolgu Eritme) 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.....
.....

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- En az üç gün öncesinden; ginkgo biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yüksek doz E vitamini, yeşil çay, aspirin, gıda takviyeleri, non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ve kan sulandırıcı ilaçlar kesilmelidir.
- Uygulama yapılacak bölgeye son 1 haftadır soyucu veya tahriş edici bir ilaç veya kozmetik ürünü kullanılmamış olmalıdır.
- Uygulamaya gelirken iyice dinlenmiş olarak gelinmelidir. Uygulama önceki 12 saatte alkollü içecekler tüketilmemiş olmalıdır.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas etmeyiniz. Makyaj uygulaması en az 24 saat sonra olabilir.
- Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız.
- 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.
- Sauna, jakuzi gibi sıcak ve buharlı ortamlardan 1 hafta süre ile kaçınınız
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulamayı yapan doktorunuza başvurunuz.
- Uygulama sonrası uygulama bölgesini güneşten koruyunuz. Uygulama sonrası rutininiz olarak 1.(birinci) 3.(üçüncü) gün ve 7.(yedinci) gün fotoğraf göndermeyi ihmal etmeyiniz.

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

- Dolgu eritme uygulamasında enjeksiyon kullanıldığı için herhangi bir basit bir enjeksiyona bağlı olarak da gelişebilen enjeksiyon yerinde ağrı ve yanma hissi, kanama, ödem, morarma, tahriş, deride kısa süreli pembelik/kızarıklık, kaşıntı, bulantı/kusma, baş dönmesi gibi yan etkiler ortaya çıkabilir.
- Enfeksiyon, alerjik reaksiyonlar ve döküntüler, asimetri, renk değişikliği, çöküklük işleme bağlı ortaya çıkabilecek diğer yan etkilerdir.

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 **HYALÜRONİDAZ (Dolgu Eritme)** 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 **HYALÜRONİDA (Dolgu Eritme)** 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: