

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

TARİH:
TELEFON:
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **LAZER EPİLASYON** 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

Lazerle Epilasyon, istenmeyen kılların spesifik dalga boyundaki lazer ışınlarına kademeli maruz bırakılarak kalıcı olarak yok edilmesi işlemidir. Bu etki için lazerde kullandığımız dalga boyu 810 nm buz başlıklı diod lazer olup, istenmeyen kılların lazer ısıyla yok edilmesi esasına dayanır. Lazer ışığının hedefi, kıl folikülü çevresinde bulunan, kıla rengini veren, melanin pigmentidir. **Lazerle epilasyon işleminin başarısı, kıl rengi ile doğru orantılıdır. Kıl rengi koyulaştıkça lazer epilasyonda başarı oranı artar.** Bununla birlikte lazerle epilasyon işleminin başarısı, kişinin cilt rengi ile ters orantılıdır. Yani koyu renkte kıllara sahip olanlarda ve açık tenlilerde tedavi başarısı her zaman daha yüksektir. **Beyaz ve kırmızı kıllarda lazer epilasyon hiç etkili olmayıp, tüylerde de başarı şansı oldukça düşüktür.** Lazer ile istenmeyen tüylere değil, kıllara işlem yapılır. Genellikle lokal anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Genital bölge gibi hassas bölgelere, işlem öncesi soğuk uygulama veya topikal anestetik krem uygulanarak anestezi sağlamak gerekebilir. Lazer epilasyon seanslarının etkin olabilmesi için, seanslar arasındaki süre 4-6 haftadır. Yaz aylarında lazer epilasyon seans aralığı en fazla 8 haftaya kadar çıkarılabilir. 8 haftayı aşan seans aralıklarında, seans beklenen etki düşmektedir. En az 6(altı) seans gelmeniz önerilir.

Her ne kadar seans sayıları yeterli olsa da lazerle epilasyon seansları sonrasında, var olan kılların tümünün yok edilmesi garanti edilmez. Özellikle hastanın yaşı 30 yaşından küçük ise, tedavi sırasında Polikistik Over Sendromu vb. gibi hormonal bir durumu varsa tedaviye direnç gösterecektir. Uzun süren seanslarla tedavi gerekecektir. Lazerle epilasyon tedavilerinden sonra gebelik ve emzirme gibi hormonal değişikliklere maruz kalırsa, kıllarda yeniden çıkış olabilir ve bu durumların atlatılmasından sonra ek seanslarla tedavi etmek gerekebilir.

UYGULAMAYA ENGEL VEYA UYGULAMADA RİSKLİ DURUMLAR

- 18 yaş aralığı dışında 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 SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER *İşleme ait genel bir risk yoktur.*

- Geçici kızarıklık ve ödem (şişlik)
- Kalıcı kızarıklık ve ödem (şişlik)
- Folikülit denilen kıl folikülü iltihabı ve isilikler
- Birinci derece ve ikinci derece yanıklar
- Geçici ve kalıcı koyu renkli ve açık renkli renk değişiklikleri
- Yüz uygulamalarında demodeks enfeksiyonu ve akne rozasea oluşumu, daha önceden varolan akne rosaceada artış.
- Yüz uygulamalarında daha önceden varolan lekelerde artış ya da yeni leke oluşumu
- Yüz uygulamalarında ve genital bölge uygulamalarında daha önceden geçirilmiş olsun ya da olmasın; yüzde uçuk, genital uçuk veya genital siğil (HPV) enfeksiyonlarının yeniden aktive olması ya da yeni oluşması
- Vücut (kol, bacak, gövde gibi) ve yüz bölgesinde işlemden sonraki 15 (on beş) gün boyunca spf 50 güneşten koruyucu losyon kullanılmadığında cilt lekelerinin oluşması veya artması

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelmeden 1(bir) ya da 2(iki) gece önce bölgeyi tıraş köpüğü ve jilette hiç tüy ve kıl kalmayacak şekilde traşlayınız. Banyodan sonra önerdiğimiz nemlendiriciyi sürünüz. Ve gelmeden önceki sabah tekrar duş alınız.
- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- Özellikle genital bölgede tekrarlayan uçuk, genital siğil veya genital su siğili gibi daha önce tedavi edilmiş durumlar varsa bunu doktorunuzla paylaşınız.
- Özellikle koltuk altı ve genital bölge harici uygulamalarımızda geçerli olmak üzere evde kullandığınız kimyasal asit bazlı bakım ürünleri varsa 3(üç) gün önceden kesiniz ve 1(bir) hafta süreyle uygulamayınız.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- İlk 24 saat duş almayınız.
- Yüz uygulamalarında en az 24 saat makyaj yapmayınız.
- İlk 15 (on beş) gün hamam, sauna, kaplıca, havuz, denize girme/plajda güneşlenme, solaryum, cilt bakımı, yüz ve vücut masajı, yüze ve vücuda sir ağda/ağda epilasyon işlemlerini yaptırmayınız veya mutlaka doktorunuza başvurunuz.
- **Lazerle epilasyon uygulaması direkt güneş hassasiyetine neden olur: deri üzerinde yapılan her işlem gibi uygulama sonrası direkt güneş ışığına maruz kalınacak zaman dilimi olan 10:00-16:00 saatlerinde en az 15 (on beş) gün güneşten kaçınınız, güneşlenmeyiniz.**
- 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.
- Uygulama yapılan bölgenin/bölgelerin 5 (beş) gün süreyle önerdiğimiz nemlendirici losyonlarla nemlendirilmesi de gerekebilecektir.
- Beklemediğiniz bir durumla karşılaşırsanız mutlaka bizi haberdar ediniz.

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 **LAZER EPİLASYON** 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 **LAZER EPİLASYON** 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, 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 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 LAZER EPİLASYON uygulamasını herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan LAZER EPİLASYON 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.

.....

.....

.....