

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

TARİH:  
TELEFON:  
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **MEZOTERAPİ** 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**

Mezoterapi uygulaması, farklı amaçlara yönelik hazırlanmış özel ilaç karışımlarının lokal etki için derinin orta tabakasına, özel iğne uçları kullanılarak uygulanması işlemidir.

Mezoterapi cildi yenilemek, nemlendirmek ve canlandırmak için yüz, boyun ve dekolte bölgesine; saç dökülmelerinde saç dökülmesini durdurmak ve saçları canlandırmak amacıyla saçlı deriye uygulanabilir. Mezoterapi yöntemi cildin elastikiyetini sağlayan liflerin yenilenmesi, cilt altındaki dokularda dolaşımın düzenlenmesi ile cilt sağlığına katkı sağlamak için yapılır. Daha parlak, canlı, renk tonu eşitlenmiş ve sağlıklı bir cilt görünümü sağlar.

Mezoterapide kullanılan maddeler hyaluronik asit, poli-l-laktik asit, trehaloz, sitokinler, büyüme faktörleri, peptitler, aminoasitler, somon DNA, enzimler, koenzimler, vitaminler, mineraller ve antioksidanlardır..Ayrıca kolajen maddesi de içerebilir. Ciltteki yaşlanma bulgularını çok belirgin bir şekilde iyileştirmezler ancak zamanla gelişecek yaşlanma bulgularının önüne geçerler. Ayrıca saçlarda tamamen dökülmüş saç alanlarında yeni saç çıkışını sağlamayabilirler. Dökülmeyi durdururlar ve daha sağlıklı bir saç derisi ve saç görünümü oluştururlar. Bölgesel zayıflama ve selülit tedavisinde lipoliz ve sellülit mezoterapi ajanları olan ilaçlar (non enzimatik lipoliz) ve enzimler (enzimatik lipoliz), sorunlu olan yüz, boyun, kollar, karın, kalça ve uyluk bölgelerine uygulanabilir. Ayrıca göz altı torbalarının tedavisi için de yine bu ajanlar yağ yastıkçıklarının içine uygulanabilir. Bunun için deoksikolik asit, fosfatidil kolin, mellilotus ekstraktı, kafein, centella asiatica, liyaz, lipaz, kolajenaz, hyaluronidaz gibi ilaçlar ve enzimler tek olarak ya da karışım halinde uygulanırlar. Yağ yıkımını ya da bozulmuş bağ dokularının yeniden organizasyonunu sağlarlar.

### **İŞLEMİN UYGULAMA YÖNTEMİ**

Mezoterapi işlemi belirli aralıklarla seanslar şeklinde yapılır. Uygulama sıklıkları 1 hafta, 15 gün ya da 1 ay olabilir. Buna doktorunuz cildinizin ihtiyacına ve şikayetlerinizin şiddetine göre karar verecektir. Uygulama sırasında ağrı olabileceği için öncesinde lokal anestezi kremi ile uyuşma sağlanabilir. **Tedaviden iyi sonuç almak için seansların düzenli yapılması gereklidir.** Uygulama sonrası var olan şikayetlerin tümünün yok olması garantilenemez.

### **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

- Bağıışıklık sistemini baskılayan hastalığı olanlar veya bağıışıklığı baskılayan ilaç kullananlar
- Ciddi otoimmün hastalık, organ yetmezliğı veya sistemik hastalığı kontrol altında olmayanlar (diyabet, böbrek yetmezliğı, karaciğer yetmezliğı v.b)
- Anormal platelet=trombosit (kan pulcuğı) işlev bozuklukları (kan hastalıkları; lösem,trombositopeni)
- Aktif psikolojik/psikiyatrik hastalıklar

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

- Uygulama alanına ait řu durumlar oluşacaktır veya oluşabilir.
- Kısa süre hafif düzeyde deride ağrı, yanma ve hassasiyet olabilir.
- Enjeksiyon alanlarında morluklar gelişebilir. 1 hafta-15 gün içinde gerileyecektir.
- Enjeksiyon yerlerinde şişlikler ve kızarıklıklar gelişebilir. En geç 72 saate gerileyecektir.
- Lokal ya da sistemik alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Doktorunuzun böyle bir durumda acil müdahale etmesi gerekebilir.
- Lipoliz mezoterapi alanlarında 1(bir) hafta süren hassasiyet, ağrı, şişlik, yanma ve kızarıklıklar olabilir.
- Her türlü antiseptik önlemimize rağmen mikro kanallar açılan deriye nadiren de olsa bakteri girişı olabilir ve yüzeysel/ derin; bakteriyel/fungal deri enfeksiyonları gelişebilir. Doktorunuzun bu konudaki tavsiyelerine uymalısınız.
- Uçuk veya var olan uçukta yayılma olabilir. Doktorunuzun bu konudaki tavsiyelerine uymalısınız.

#### **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 olmanızı isteyebiliriz. 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 istediğimiz oral (ağızdan) ve topikal (deri üstüne) ilaçları kullanmayı baştan kabul etmenizi isteyeceğiz.
- Cildinizin doğrudan her türlü ışık ve ısı kaynaklarına maruz kalabileceğı (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 (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 SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

- İlk 24 saat duş almayınız.
- En az 24 saat makyaj yapmayınız.
- İlk 7 (yedi) gün spor, hamam, sauna, kaplıca, havuz, denize girme/plajda güneşlenme, solaryum, cilt bakımı, yüz masajı, yüze lazer epilasyon, yüze sir ağda/ağda epilasyon işlemlerini yaptırmayınız veya mutlaka doktorunuza danışınız.
- Mezoterapi 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 7 (yedi) gün güneşten kaçınınız, güneşlenmeyiniz.

- Yüz, boyun ve dekolte gibi güneş gören alanlara yaptığımız enjeksiyonlardan sonra 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 7 (yedi) gün boyunca uygulayın.
- Lipoliz mezoterapiden sonra bazı durumlarda korse takmanızı ya da ağrı kesici ilaç kullanmanızı isteyebiliriz.
- 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 **MEZOTERAPİ** 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 **MEZOTERAPİ** 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:

<b>LÜTFEN AŞAĞIDAKİ ALANI EKSİKSİZ OLARAK DOLDURUNUZ.</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
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 (solaryum gibi) maruziyetiniz oldu mu?		
Panik atak öykünüz var mı?		
Daha önce <b>MEZOTERAPİ</b> uygulamasını herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan <b>MEZOTERAPİ</b> 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.

.....

.....

.....