

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

TARİH:  
TELEFON:  
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **VELOCE SUPER 4800 BBL(IPDL) LAZER UYGULAMASI** 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**

VELOCE SUPER 4800 BBL (IPDL=INTENSE PULSE DOUBLE LIGHT (yoğunlaştırılmış vuruşlu çift ışık)) uygulaması, kan damarlarındaki hemoglobin veya pigmente lezyonlardaki melanini veya cilt yüzeyindeki patojen hastalık yapan bakteri ve parazitleri hedef alarak, çevre dokuya zarar vermeden seçici olarak yok eden yoğun bir ışık uygulamasıdır. Bu sistemin kullanım amacı; bazı damar problemlerini, pigment(leke) problemlerini ve patojenlerle oluşan akne vulgaris ve akne rozasea problemini çözmektir.

Tedavi edilebilen damar problemlerini sayacak olursak kuperözite denen yaygın kızarıklık ve hassasiyetle giden cilt durumu, kılcak damarların ve şarap lekesi gibi doğumsal damarsal lezyonların tedavisidir. **Bu damarsal lezyonların görünümünün azaltılması genellikle sağlanır ancak her zaman yok edilemez.**

Ayrıca bakteriyel ve paraziter patolojilerden olan demodeks enfestasyonu, akne vulgaris ve akne rozasea tedavisinde az, iyi ya da çok iyi iyileşmeler sağlanabilir.

Pigment (leke) problemlerinden olan hamilelik lekesi (kloasma), güneş lekesi çeşitlerinden olan melazma, senil lentigo, solar lentigo, efelidler (çiller), poikiloderma gibi durumlarda, pigmente lezyonları hedef alarak azaltmak amacıyla kullanılır. **Tamamen yok etme amacını her lezyonda öngöremeyebiliriz.**

**Lezyonların rengi tedavi sırasında açılabilir, koyulaşabilir veya kaybolabilir. Tedavi seans aralıkları 3-5 hafta olup tedavilerden cevap alınabilecek seans sayısı en az 3(üç)' tür.** Tedavi sayısı cildinizin tedaviye verdiği yanıt ve lezyonunuzun şiddetine göre 6-8 seansa kadar devam edebilir. **Tüm bu durumların tedavisi sonrasında cildin doğal iyileşme süreci içinde damarlar ve pigmente lezyonlar mor-kahverengi-gri renklere daha görünür olabilir, bu durum birkaç hafta sürebilir. Bu durumda kısa bir süre makyaj ile kapatma yapmanız gerekebilir.**

### **İŞLEMİN UYGULAMA YÖNTEMİ**

Yoğun ışık enerjisi, ana başlığa takılan ve işlem sırasında değiştirilen çeşitli ışık filtreleri ve ana başlığın ucundaki soğutuculu büyük ve küçük temas problemleri ile uygulanır. Cihazın temas alanı ile cilt arasına kayganlaştırıcı ultrasonik jel sürülür ve bu prob, cilt üzerinde gezdirilir. İşlem sırasında ışık ve ışığın verdiği ısı enerjisi hafif bir rahatsızlık verebilir. Ancak hiçbir durumda işlem öncesi topikal anestezi krem uygulanmasına gerek yoktur. Belirtmek gerekir ki; özellikle damarsal prosedürlerde topikal anestetik kullanımı kan damarlarını daraltabilir ve derideki hedefleri küçültebilir ve etkinlik azalabilir. Ayrıca topikal anestezi kullanımı bu işlemle beraber ciddi alerjik reaksiyonlara neden olabilir.

Leke ve damarsal lezyon tedavilerinde ışık, cilde nüfuz ederek pigmente lezyon ve kan damarlarını seçici olarak hedef alırken aynı zamanda ısıtır. Ancak başlığın ciltle temas ettiği alanda soğutucu kısım da mevcuttur ve bu, işlemin güvenilir bir şekilde sürdürülmesini sağlar. Cihazdan çıkan ışık enerjisi, gözlere zarar verebilir, bu yüzden tedavi boyunca özel koruyucu gözlük kullanılması gerekir. Başlıktan çıkan ışık yoğun olduğundan, gözlükler takılı olduğu halde tedavi bölgesinden yayılan ışık gözlemleyeceksiniz.

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

Uygulama alanına ait şu durumlar oluşacaktır veya oluşabilir.

- Genellikle birkaç saat süren, bazen 72 saate kadar sürebilen deride kızarıklık, kaşıntı, özellikle damar tedavilerinden sonra ödem, ağrı, yanma ve hassasiyet oluşabilir. Bu etkilerden dolayı takiben ciltte, 1. (birinci) derece yanık bulguları olan morarma, yüzeysel kabuklanma ve kuruluk hissi, renk değişiklikleri gözlemlenebilir. Kedi tırnağı görünümü ya da uygulama başlığının alanına uyan, bir süre devam eden hafif kurutlanma dediğimiz kabuklanmalar gelişebilir. Birçok durumda bu normaldir ve önerilerimizle birlikte herhangi bir bulgu kalmaksızın gerileyecektir.
- Bazen de tedavi bölgelerinde 48 saat içinde gelişen, içi cilt sıvısı ile dolu su kabarcıkları oluşabilir, 2. (ikinci) derece yanık bulgusu olup bu kabarcıklarla oynamamalısınız. Bu kabarcıklar doktorunuz tarafından steril bir şekilde deri bütünlüğü bozulmadan boşaltılmalı ve tedavisi doktorunuz tarafından yürütülmelidir. Doktorunuz tarafından belirtilerin tedavisi yönetilirse en az hasarla tedavi edilecektir.
- Tüm bu etkilerin sonucu olarak ciltte hiperpigmentasyon (cilt koyulaşması, kahverengi lekeler) ve hipopigmentasyon (ciltte renk açılması) gelişebilir. Genellikle 2-6 ay içerisinde gerileyecektir. Kalıcı renk değişimi nadiren de olsa gelişebilir. Renk değişimi riskini azaltmak için doktorunuzun önerilerine dikkatle uymalısınız. Her ne kadar leke tedavilerinde yeri varsa da nadiren hiperpigmentasyon (lekede koyulaşma) riski olabilir.
- Çok nadiren kemik üzeri veya çok ince deri alanlarında hafif/orta düzeyde deri altında ekimoz, hematoma (kanama) 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.

## **UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

- Hamilelik ve emzirme döneminde yapılmaması tercih edilir ancak emzirme döneminde sizin onayınızı alırsak çok seçilmiş hastalara uygulayabiliriz. 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.
- 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 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 (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. Bu asitlerin kullanımının en az 3 (üç) gün öncesinde kesilmesi daha güvenli olacaktır.

## UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- İlk 24 saat duş almayınız. En az 24 saat makyaj yapmayınız.
- İlk 7 (yedi) gün 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 başvurunuz.
- Veloce 4800 BBL yoğun ışık uygulaması; açık ve net olarak güneş ışığı hassasiyetine neden olur. Deri üzerinde yapılan birçok işlem gibi uygulama sonrası direkt güneş ışığına maruz kalınmaması gereken saatler olan 10:00-16:00 zaman diliminde 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.
- Beklemediğiniz bir durumla karşılaşırsanız mutlaka bizi haberdar ediniz.
- Uygulama öncesi veya hemen sonrasında, önermiş olduğumuz uçuk önleyici ilacınız varsa, kullanmayı ihmal etmeyiniz.
- Uygulama sonrası rutininiz olarak 1. Gün, 3. Gün, 7. Gün ve 15. Gün fotoğraf göndermeyi ihmal etmeyiniz.

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/televa 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 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>VELOCE SUPER 4800 BBL(IPDL) LAZER</b> uygulamasını herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan <b>VELOCE SUPER 4800 BBL(IPDL) LAZER</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.

.....

.....

.....

## 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 **VELOCE SUPER 4800 BBL(IPDL) LAZER** 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 **VELOCE SUPER 4800 BBL(IPDL) LAZER** 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: