



OP. DR. AHMET CAYMAZ

KBB HASTALIKLARI, BAŞ & BOYUN CERRAHİSİ

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI : DOLGU UYGULAMA

BİLGİLENDİRME TARİHİ :

AD SOYAD :

DOĞUM TARİHİ :

Bu form, deri içi dolgu (hyalüronik asit veya benzer ürünler) uygulaması ve bunların olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Dolgu maddeleri, vücuttaki herhangi bir yapının (yüz, el sırtı, burun vb.) hacmini arttırmak, derin kırışıkları doldurmak ve dudak dolgunlaştırmak için kullanılır. Dolgu maddelerinin kalıcılığı, kullanılan ürüne göre değişmekte olup, ortalama 4-12 aydır. Daha uzun kalıcılığı olan sentetik malzeme içeren dolgularda mevcuttur.

İşlem öncesinde krem veya enjeksiyon yöntemiyle anestezi madde uygulaması yapılmaktadır. Belirli bir süre beklenildikten sonra antiseptik bir maddeyle cilt temizlenir ve uygulama enjeksiyon yöntemiyle yapılır. Aynı kişiye, çökük alanın derinliğine göre birden fazla dolgu maddesi kullanılabilir. Uygulama sonrasında hafif masaj ve buz tatbiki yapılır. Derin çökmelerde ilk uygulama sonrasında 2 ay içinde tekrar yapıldığında daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

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

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabilceğini anladım ve kabul ediyorum. (istemiyorsanız lütfen cümlemin üzerini siliniz.)

Hamilelik riskiniz var mı ? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Emziriyor musunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Kortizon kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Şeker hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Başka ilaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Kanamaya yatkınlığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Alerjiniz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Sistemik bir enfeksiyon hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Otoimmün bir hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Uçuk ataklarınız olur mu? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Daha önce dolgu uygulaması yaptırdınız mı? Evet ise alerji yada beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
HBsAg, HCV veya HIV pozitifliğiniz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Aktif Deri hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır. (**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır.

DOLGU UYGULAMASI HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

DOLGU UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, ağrı, hassasiyet
- Şişlik, morluk, kaşıntı, enfeksiyon
- Alerjik reaksiyonlar, akıntılı şişlikler, çökük iz
- Ele gelen kitleler, asimetri, renk değişikliği

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- En az üç gün öncesinden; ginko biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yüksek doz E vitamini, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas etmeyiniz
- Makyaj uygulaması en az 24 saat sonra olmalıdır.
- Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız
- En az 3 gün süre ile uygulama alanındaki mimiklerinizi kullanmamaya özen gösteriniz.
- Yoğun spordan 1 hafta süreyle kaçınınız.
- Sauna, jakuzi gibi sıcak ortamlardan 1 hafta süre ile kaçınınız
- Dudak dolgusu yapıldıysa 2-3 gün sıcak-soğuk bir maddeyle temas ettirmeyiniz
- Dudak dolgusuna anestezi yapıldığı için his geri gelene kadar (2-3 saat) herhangi bir şey yiyip içmeyiniz
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulama yapan doktorunuza başvurunuz.

Sizinle ilgili bilgiler (kimlik, rahatsızlık, 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. Oluşacak yan etkiler doktorumuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı personeli seçme hakkına sahipsiniz.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak 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 (hasta hakları yönetmeliği, Resmi gazete, tarih:01.08.1998; sayı:23420) Doktorumun Dolgu Uygulama işlemini yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.

(**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurumda imzalamıştır.