OP. DR. AHMET CAYMAZ

KBB HASTALIKLARI, BAŞ & BOYUN CERRAHİSİ

ADI SOYADI : _____ YAŞ: _____

DOĞUM TARİHİ : _____ / _____ / _____ CİNSİYET: _____

BİLGİLENDİRME TARİHİ : _____ / _____ / 20____ SAAT: _____

Bu form, mezoterapi uygulaması ve bunun olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatli okuyunuz. Sorularınız veya anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Mezoterapi farklı amaçlara yönelik hazırlanmış özel ilaç karışımlarının derinin orta tabakasına, özel iğne uçları kullanılarak uygulanan özel bir enjeksiyon yöntemidir. Mezoterapi cildi yenilemek, nemlendirmek ve canlandırmak için yüz, boyun ve dekolte bölgesine uygulanabilir. Saç dökülmelerinde saçları canlandırmak amacıyla saçlı deriye uygulanabilir. Bölgesel zayıflama ve selülit tedavisinde kollar, karın ve bacak bölgelerine uygulanabilir. Mezoterapide kullanılan ürünler hyaluronik asit, vitaminler, proteinler ve minerallerdir. Mezoterapi yöntemi cildin elastikiyetini sağlayan liflerin yenilenmesi, ciltaltındaki dolaşımın düzenlenmesi ve ciltaltındaki yağ dokusunun azalmasına yol açarak etki eder. Mezoterapi işlemi belirli aralıklar verilerek seanslar şeklinde yapılır. Uygulama sırasında ağrı olabileceği için yerel anestezik kremler kullanılabilir. Tedaviden iyi sonuç almak için seansların düzenli yapılması gereklidir.

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum (istemiyorsanız lütfen cümlenin üzerini çiziniz).

Hamilelik riskiniz var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Emziriyormusunuz?
Evet ☐ Hayır ☐

İlaç kullanıyormusunuz?
Evet ☐ Hayır ☐

Şeker hastalığınız var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Alerjiniz var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Kanamaya yatkınlığınız var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Kol altı bölgesinden ameliyat geçirdiniz mi?
Evet ☐ Hayır ☐

Sistematik bir enfeksiyon hastalığınız var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Antibiyotik (aminoglikozid) veya kas gevşetici ilaç kullanıyormusunuz?
Evet ☐ Hayır ☐

Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Migren ataklarınız olur mu?
Evet ☐ Hayır ☐

Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?
Evet ☐ Hayır ☐

Daha önce dolgu uygulaması yaptırdınız mı? Evet ise alerji yada beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐

HBsAg, HCV veya HIV pozitifliğiniz var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Aktif deri hastalığınız var mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Hastanın Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
İmza	İmza	İmza

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

MEZOTERAPİ

HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

MEZOTEREAPİ UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, kanama
- Morluk
- Enfeksiyon
- Alerjik reaksiyonlar
- Yanma, kaşıntı
- Ödem

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, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas edilmemesi
- Uygulamadan sonra bir gün süreyle banyo yapılmaması
- Uygulama günü güneşten korunulması
- Uygulama sonrası doktorunuzun önerdiği kremlerin kullanılması
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen 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 merkezimiz doktorları tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz ve sağlık personelimiz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı sağlık personelini seçme hakkına sahipsiniz. Bize bildirdiğiniz takdirde en uygun personel değişimi sağlanacaktır.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorlarım 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), doktorlarımın Mezoterapi işlemini yapmalarına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

Hastanın Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
İmza	İmza	İmza

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