BOTOKS İŞLEMİ SONRASI BİLGİLENDİRME

· İlk 2 saat içinde botulinum toksin enjeksiyonu yapılan yüz kasları çalıştırılmalıdır. Kaşlar yukarı kaldırılmalı, kızar gibi yapılmalı veya gözler kısılmalıdır. Bu işlem botulinum toksinin kaslar üzerindeki etkinliğini artıracaktır.

· Yüzde oluşabilecek ödem, kızarıklık ve morluğu azaltmak amacıyla tedaviden hemen sonra başlayarak her 2 saatte bir 15 dakika süreyle havluya sarılmış buz paketi ile yüze soğuk kompres yapılmalıdır. Buz uygulamasına ilk 24 saat boyunca devam edilmelidir.
Tüm bu önlemlere rağmen yüzde morluk oluşabilir; ancak bu morluk kendiliğinden kaybolacaktır.

· Hekimin uygun görmesi halinde yüzdeki ödem, kızarıklık ve morluğun tedavisi için çeşitli krem ve oral ilaçlar kullanılabilir. Hekime danışmadan yüze herhangi bir krem sürülmemeli ve oral ilaç kullanılmamalıdır.

· İlk 4 saat yüz üstü yatılmamalıdır. İlk gece yüksek bir yastık ile sırt üstü yatmak daha uygun olacaktır.

· İlk 24 saat içinde yüz ovuşturulmamalı, yüze makyaj veya masaj yapılmamalı, saçlar boyatılmamalı ve kaşlar aldırılmamalıdır.

· İlk 24 saat içinde yüzde kızarıklık ve ödeme yol açabileceğinden sıcak banyo ve duş yapılmamalı, hamama, solaryuma girilmemeli ve yoğun güneşten kaçınılmalıdır.

· İlk 24 saat içinde kan basıncını artırarak yüzde kızarıklık ve ödeme neden olabilecek ağır ve yoğun spor, vücut geliştirme, pilates ve yoga yapmaktan kaçınılmalıdır.

· İlk 3 gün boyunca enfeksiyon riski nedeniyle havuza girilmemelidir.

· İlk 3 gün boyunca alkol, sigara, aspirin, ağrı kesiciler (ibuprofen, naproksen), kan sulandırıcı ilaçlar (coumadin, warfarin, klopidogrel), yeşil çay, sarımsak, balık yağı, C vitamini, E vitamini, niyasin, ginkgo, ginseng, ekinezya ve yüksek oranda şeker, sodyum, kafein içeren gıdalar alınmamalıdır.

· İlk 1 hafta boyunca yüze cilt bakımı ve peeling yapılmamalıdır.

· Botulinum toksin enjeksiyonu yapıldıktan sonra aynı bölgeye mezoterapi, PRP, HIFU (High Intensity Focused Ultrasound), lazer ve radyofrekans gibi yöntemlerin uygulanması, botulinum toksinin etki süresini kısaltacağından hekimin onayı olmadan bu uygulamalar yaptırılmamalıdır.

Tanı _____
Yapılacak tedavi/işlem _____
Uygunsa taraf/seviye bilgisi Sağ Sol İki taraflı Seviye _____
Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.
_____

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/-yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyor, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Hasta			
Adı soyadı:	İmza:	Tarih:	Saat:
Doğum tarihi:			
Hastanın yasal temsilcisi			
Adı soyadı:	İmza:	Tarih:	Saat:
Yakınlık derecesi:			
Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:			
☐ Hastanın bilinci kapalı	☐ Hasta 18 yaşından küçük		
☐ Hastanın karar verme yetisi yok	☐ Acil		
Şahit			
Adı soyadı:	İmza:	Tarih:	Saat:
Bilgilendirmeyi yapan hekim			
Adı soyadı:	İmza:	Tarih:	Saat:
Tercüman (ihtiyaç halinde)			
Adı soyadı:	İmza:	Tarih:	Saat:

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.