DOLGU UYGULAMASI SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR :

-Uygulama alanına temas etmeyiniz.

-Her her 2 saatte bir 15 dakika süreyle havluya sarılmış soğuk jelpaketi ile yüze soğuk kompres yapılmalıdır. Soğuk kompres 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.

-Makyaj uygulaması en az 24 saat sonra yapılabilir.

-Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız.

-Yoğun spordan 1 hafta süreyle kaçınınız.

-Sauna,jakuzi gibi sıcak ortamlardan 1 hafta süreyle kaçınınız.

-Dudak dolgusu yapıldıysa 2-3 gün sıcak-soğuk bir maddeyle temas etmeyiniz.

-Beklenmeyen bir etki görülürse lütfen doktorunuzla iletişime geçiniz.

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.