

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU
İŞLEMİN ADI: DOLGU UYGULAMA

BİLGİLENDİRME TARİHİ :	İşyeri/ hekim kaşesi
AD SOYAD :	
DOĞUM TARİHİ :	

Bu form, deri içi dolgu (hyalüronik asit, Kalsiyum Hidroksiapatit veya benzer onaylı diğer dolgu ürünleri) 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 madde ile 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 ve/veya daha fazla etki istenmesi durumunda ilk uygulama sonrasında 2 ay içinde tekrar uygulama yapıldığında daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Tam olarak anlaşılamayan nedenlerden ötürü bazı kişilerde dolgu maddelerinin kalıcılığı beklenen sürelerden daha kısa olmaktadır. Bundan dolayı uygulamanın sonuçlarıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez. Uygulama öncesi, sırasında ve sonrasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların ihtilaf vukuunda delil olarak kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum.

Hamilelik riskiniz var mı ?	Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

Emziriyor musunuz?	Sistemik bir hastalığınız var mı? Şeker hastalığınız var mı?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

Otoimmün bir hastalığınız var mı?	Herhangi bir ilaç ve/veya Kortizon kullanıyor musunuz?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

Uygulama öncesinde aspirin veya kan kullandınız mı?	Daha önce dolgu uygulaması yaptırdınız mı? Evet ise alerji ya da beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

Alerjiniz var mı?	Kanamaya yatkınlığınız var mı?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

Aktif Deri hastalığınız var mı?	Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

Uçuk ataklarınız olur mu?	HBsAg, HCV veya HIV pozitifliği niz var mı?				
<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR	<table><tr><td>EVET</td><td>HAYIR</td></tr></table>	EVET	HAYIR
EVET	HAYIR				
EVET	HAYIR				

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.

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU
İŞLEMİN ADI: DOLGU UYGULAMA

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.

- Enjeksiyon/tedavi prosedürünün amaçları ve yöntemleri uygulayıcı tarafından bana net bir şekilde anlatılmıştır
- Enjeksiyon/tedaviden önce uygulayıcı tarafından sağlanan bilgileri aldım, okudum ve anladım
- Gerekli soruları sorma fırsatım oldu
- Enjeksiyon öncesi ve sonrası önerileri anlıyorum ve bunlara uymayı kabul ediyorum
- Düşünmek ve kararımı vermek için gereken zamana sahip olduğumu kabul ediyorum
- Yan etkiler ve nadir görülen tıbbi cihaz teyakkuzu durumları hakkında net bir şekilde bilgilendirildiğimi kabul ediyorum
- Özgürce ve gönüllü olarak enjeksiyon/tedavi almayı kabul ediyorum

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 huzurunda imzalamıştır.