

Dolgu Uygulaması

Hyalüronik Asit ve Benzeri Dolgular

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hastanın Adı Soyadı	T.C. Kimlik / Pasaport No
Doğum Tarihi	Bilgilendirme Tarihi / Saati

Sayın Hastamız,

Bu formun amacı, sağlığınıza ilgili konularda sizi bilgilendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Lütfen formu dikkatle okuyunuz; anlamadığınız noktaları imzalamadan önce hekiminize sorunuz.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşuldaki ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazırlanmıştır; ancak bütün tedavi şekillerinin tüm risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak hekiminiz size farklı ya da ek bilgiler verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra uygulamayı kabul etmek ya da etmemek sizin kararınızdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya verdiğiniz onamı dilediğiniz zaman geri alabilirsiniz.

İşlem Hakkında Bilgilendirme

Dolgu maddeleri; yüz, el sırtı ve burun gibi bölgelerde hacmi artırmak, derin kırışıklıkları doldurmak ve dudakları dolgunlaştırmak için kullanılır. Kalıcılık kullanılan ürüne ve kişiye göre değişir; hyalüronik asit dolgularında ortalama 4-12 aydır. Bazı kişilerde, nedeni tam olarak anlaşılamayan şekilde, kalıcılık beklenenden kısa olabilir; bu nedenle sonuçla ilgili bir garanti verilemez.

İşlem öncesinde uyuşturucu krem veya lokal anestezi uygulanır. Cilt antiseptik bir maddeyle temizlendikten sonra dolgu enjeksiyonla uygulanır. Çökük alanın derinliğine göre birden fazla ürün kullanılabilir. Uygulama sonrasında hafif masaj ve soğuk uygulama yapılabilir. Derin çökmelerde, hekiminizin önerisiyle ilk uygulamadan sonraki birkaç ay içinde ek uygulama planlanabilir.

Uygulama Öncesinde Dikkat Edilecekler

- Uygulamaya dinlenmiş olarak geliniz; öncesinde alkol tüketmeyiniz.
- En az üç gün öncesinden, hekiminize danışarak, ginkgo biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yüksek doz E vitamini, yeşil çay, aspirin ve romatizma ilaçlarını bırakınız.

Uygulama Sonrasında Dikkat Edilecekler

- Uygulama alanına dokunmayınız; makyajı en az 24 saat sonra yapınız.
- Uygulama alanına en az bir hafta masaj yapmayınız (hekiminiz özellikle önermediyse).
- En az 3 gün uygulama alanındaki mimiklerinizi fazla kullanmamaya özen gösteriniz.
- Bir hafta yoğun spordan, sauna ve jakuzi gibi sıcak ortamlardan kaçınınız.
- Dudak dolgusu yapıldıysa 2-3 gün çok sıcak veya soğuk yiyecek-iceceklerden kaçınınız; anestezi uygulandıysa his geri gelene kadar (2-3 saat) bir şey yiyip içmeyiniz.

Olası Yan Etkiler

- Kızarıklık, ağrı, hassasiyet, şişlik, morluk ve kaşıntı
- Enfeksiyon ve uçuk alevlenmesi
- Alerjik reaksiyonlar, gecikmiş tipte şişlik veya akıntılı şişlikler
- Ele gelen sertlik veya kitleler, asimetri, renk değişikliği ve çöküntü
- **Damar tıkanması:** Nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Uygulama sırasında veya sonrasında ciltte belirgin solukluk, morumsu renk değişikliği, şiddetli ağrı ya da görme bozukluğu olursa hemen hekiminize başvurunuz. Hızlı müdahale gerektirir.

Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulamayı yapan hekiminize başvurunuz. Oluşabilecek yan etkiler hekiminiz tarafından değerlendirilir ve gerekli tedavi planlanır.

Gerektiğinde Bize Nasıl Ulaşabilirsiniz?

İşlem sonrasında beklenmeyen ağrı, giderek artan şişlik, ateş, kanama veya sizi endişelendiren herhangi bir durum olursa +90 542 338 86 61 ya da +90 542 255 52 86 numaralarından bize ulaşınız. Acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz. İşlemi kabul etmeme kararınızı değiştirirseniz dilediğiniz zaman yeniden başvurabilirsiniz.

Hekimin Sizinle İlgili Bilmek İstedikleri

Güvenliğiniz için lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Emin olmadığınız bir soruyu hekiminizle birlikte doldurabilirsiniz.

- | | |
|---|--|
| 1. Gebelik olasılığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 2. Emziriyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 3. Uygulama alanında enfeksiyon veya aktif deri hastalığı var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 4. Şeker hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 5. Kortizon veya başka bir ilaç düzenli kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 6. Alerjiniz var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 7. Kanamaya yatkınlığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 8. Son günlerde aspirin veya kan sulandırıcı ilaç kullandınız mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 9. Sistemik bir enfeksiyon hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 10. Otoimmün (bağışıklık sistemi) bir hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 11. Sık uçuk atağı geçirir misiniz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 12. Uygulama alanına son 24 saatte kozmetik ürün sürdünüz mü? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 13. Daha önce bu bölgeye dolgu veya benzeri bir uygulama yapıldı mı? Yapıldıysa beklenmeyen bir durumla karşılaştınız mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 14. HBsAg, HCV veya HIV pozitifliğiniz var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |

Açıklama / kullanılan ilaçlar:

Hasta / Yasal Temsilci Onam Beyanı

Tanı

Yapılacak tedavi / işlem

Yapılacak tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşılabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız bunu aşağıya el yazınızla belirtiniz.

- Hekimim hastalığım/durumum hakkında bilgi verdi; yapılacak işlemin ne olduğunu, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmadığını, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve işlemi kabul etmemem durumunda karşılaşılabileceğim durumları açıkladı. Bu konulardaki tüm sorularımı anlayabileceğim biçimde yanıtladı.
- Hekimin yetkisi, gözetimi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.
- Uygulanacak işlemin mevcut durumumu iyileştirme garantisi olmadığını; tıpta ve cerrahide kesinlik bulunmadığını ve sonuçların kişiden kişiye değişebileceğini anladım.
- İstemediğim takdirde onam vermek zorunda olmadığımı ve verdiğim onamı işlem başlamadan önce geri alabileceğimi biliyorum.
- Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın ve işlem öncesi/sonrası fotoğraflarımın tıbbi takip, bilimsel ve eğitsel amaçlarla kullanılmasına izin veriyorum. (İzin vermiyorsanız bu maddenin üzerini çiziniz.)
- Aklım başımda ve karar verme yeterliliğine sahip olarak, yukarıda açıklanan tıbbi uygulamanın hekimim ve ekibi tarafından yapılmasına özgür irademle onam veriyorum.

İmzalar

Bu formun tüm sayfalarını okuduğumu, anladığımı ve yukarıdaki beyanları kabul ettiğimi bildiririm. Lütfen el yazınızla **"Okudum, anladım, onaylıyorum."** yazınız:

Hasta			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat
Hastanın Yasal Temsilcisi (gerekliyse)			
Adı Soyadı / Yakınlık Derecesi	İmza	Tarih	Saat
Yasal temsilciden onam alınma nedeni: ☐ Bilinci kapalı ☐ 18 yaş altı ☐ Karar yetisi yok ☐ Acil			
Şahit			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Adı Soyadı Op. Dr. Ayşe Öznur Akidil	İmza / Kaşe	Tarih	Saat
Tercüman (ihtiyaç halinde)			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat

18 yaşından büyük hastalarda onam hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastalarda hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşından küçük veya karar verme yetisi bulunmayan hastalarda ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden alınır. Bilgilendirme, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği çerçevesinde yapılmaktadır.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği başta olmak üzere tıp derneklerinin hasta bilgilendirme dokümanlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.