

# Kaş Kaldırma Ameliyatı

## Brow Lift

### 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.

### Kaş Kaldırma Nedir?

Alın ve kaş bölgesinde yaşlanmayla birlikte gevşeme, kaş düşmesi, üst kapakta sarkma, alın kırışıklıkları ve kaş çatma çizgileri görülebilir. Kaş kaldırma cerrahisinde bu sorunlardan sorumlu yapılar yeniden konumlandırılır; kaşlar yukarı kaldırılır ve kaş çatma çizgileri hafifletilebilir. İşlem tek başına veya yüz germe ya da göz kapağı ameliyatlarıyla birlikte yapılabilir.

Endoskopik (kapalı) yöntem dahil farklı yaklaşımlar uygulanabilir; kesi tekniği ihtiyacınıza göre hekiminiz tarafından seçilir. Ameliyat sırasında ortaya çıkan bulgulara göre teknik değiştirilebilir; örneğin endoskopik yöntemden açık yöntemeye geçilebilir. Kaş kaldırma yaşlanma sürecini durdurmaz.

### Olası Riskler

Hastaların çoğu aşağıdaki komplikasyonları yaşamasa da risklerin her birinin hekiminizle konuşulması önemlidir.

- Kanama:** Seyrek; olursa acil boşaltma gerekebilir. Ameliyattan önceki 10 gün aspirin ve benzeri ilaçlar kullanılmamalıdır. Kontrol altında olmayan yüksek tansiyon kanama riskini artırır.
- Enfeksiyon:** Genellikle beklenmez; gelişirse antibiyotik veya cerrahi tedavi gerekebilir.
- Cilt hissinde değişiklik:** Alın ve saçlı deride his azalması veya kaybı olabilir; zamanla geçebilir. Saçlı deride ve kaşta kaşıntı hissi görülebilir.
- Cilt yüzeyinde düzensizlik:** Çökme, kırışıklık veya kontur düzensizliği olabilir.
- İz (skar):** Nadir olgularda belirgin iz kalabilir. Kullanılan metal tespit malzemeleri veya dikişler hissedilebilir izlere neden olabilir.
- Sinir yaralanması:** Kaşı kaldıran ve alın hareketlerini sağlayan sinirler etkilenebilir; çoğu zaman düzelir, kalıcı güçsüzlük nadirdir. Duyu sinirlerinin etkilenmesine bağlı kalıcı hissizlik veya ağrılı sinir izi nadirdir.

- **Derin yapılarda hasar:** Göz, damarlar, kafa kemikleri, kaslar ve sinirler etkilenebilir; geçici veya kalıcı olabilir.
- **Asimetri:** İki taraf arasında farklılık olabilir.
- **Gecikmiş iyileşme:** Yara ayrılması veya bazı bölgelerde deri kaybı olabilir; sık pansuman veya ek cerrahi gerekebilir. Sigara içenlerde risk daha yüksektir.
- **Sıvı toplanması (seroma):** Nadiren cilt altında sıvı birikebilir ve boşaltılması gerekebilir.
- **Göz tahrişi:** Özellikle göz kapağı ameliyatı da yapıldıysa kuruluk ve tahriş olabilir.
- **Saç kaybı:** Kesi hattında veya saçlı deride görülebilir; çoğunlukla yavaşça düzelir, nadiren kalıcıdır.
- **Metal malzemeler ve derin dikişler:** Bazı tekniklerde kullanılan küçük vidalar veya kalıcı dikişlerin ileride çıkarılması gerekebilir. Vidanın kafatası kemiğini geçmesi çok nadir ancak mümkündür.
- **Göz kapağı sorunları:** Kapak düşüklüğü (pitozis) veya alt kapak gevşekliliği gibi sorunlar kaş kaldırma ile düzelmez; ek cerrahi gerekebilir.
- **Kronik ağrı ve alerjik reaksiyonlar:** Çok nadirdir.
- **Tatmin edici olmayan sonuç:** Beklentinizi karşılamayan görünüm olabilir; nadiren ek ameliyat gerekebilir.
- **Uzun dönem etkiler:** Yaşlanma, güneş ve kilo değişimleri alın-kaş görünümünü zamanla değiştirebilir.

## Ek Ameliyat Gerekliliği

Komplikasyon gelişmesi halinde ek ameliyat veya tedavi gerekebilir. İyi bir sonuç hedeflense de sonuç konusunda bir garanti verilemez.

## Anesteziye Bağlı Olası Riskler

Bölgesel veya genel (narkoz) anestezi sırasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak bazı riskler ortaya çıkabilir. Anesteziye ait özel riskler konusunda anesteziyoloji uzmanı ile ayrıca görüşebilirsiniz. Bu riskler şunlardır:

- Akciğerin küçük alanlarında oluşabilecek sönmelere (atelektazi) bağlı akciğer enfeksiyonu riski; bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta geçici hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük.
- Bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve hayati tehlike oluşturabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha yüksektir.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya inme (felç).
- Çok nadir de olsa anesteziye bağlı ölüm.
- Fazla kilolu ve sigara içen hastalarda yara yeri enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp-akciğer komplikasyonları ve pıhtılaşma riskinde artış.

## Diğer Tedavi Seçenekleri

Size önerilen tedavi, muayene bulgularınız ve güncel tıbbi bilgiler değerlendirilerek planlanmıştır. Alternatif yöntemlerin de kendine özgü yarar, risk ve sınırlılıkları vardır; bunları hekiminizle ayrıntılı olarak konuşabilirsiniz.

## İşlemin Yapılmaması Durumunda

Yaşam kalitesini artırmaya yönelik ya da estetik amaçla planlanan bu işlemi kabul etmemeniz durumunda, kararınıza bağlı olarak sağlığınız açısından bir sorun yaşamanız beklenmez; mevcut görünüm veya şikâyetleriniz devam eder.

## Kullanılacak İlaçlar ve Yaşam Tarzı

Ameliyat sırasında ve sonrasında kullanılan anestezi ilaçları, antibiyotikler ve ağrı kesiciler dahil her ilacın kendine özgü yan etkileri olabilir; nadiren ciddi alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Kullanılacak ilaçların ne için verildiği, nasıl kullanılacağı ve olası yan etkileri size ayrıca anlatılacaktır.

Sigara kullanımı yara iyileşmesini geciktirir, enfeksiyon ve anestezi risklerini artırır ve sonucu olumsuz etkileyebilir. Ameliyattan önce ve sonra en az iki hafta sigara ve alkol kullanılmaması önerilir.

## 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. Kanama eğiliminiz var mı? (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde uzun süren kanama) | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 2. Vücudunuzda kolayca morluk oluşur mu veya ailenizde kanama bozukluğu var mı?                    | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 3. Kan sulandırıcı ilaç (örneğin aspirin) kullanıyor musunuz?                                      | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 4. Bunların dışında düzenli kullandığınız ilaç var mı? Varsa hangileri: .....                      | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 5. Alerji, astım veya aşırı duyarlılığınız var mı? (Flaster, lateks, gıdalar, ilaçlar vb.)         | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 6. Kalp veya akciğer hastalığınız var mı ya da kalp pili taşıyor musunuz?                          | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 7. Şeker hastalığı, yüksek tansiyon veya başka bir kronik hastalığınız var mı?                     | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 8. Tiroit hastalığınız var mı?                                                                     | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 9. Takma dişiniz veya sallanan dişiniz var mı?                                                     | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 10. Son altı hafta içinde aşı oldunuz mu?                                                          | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 11. Akut veya kronik bir enfeksiyon hastalığınız (hepatit, HIV, verem vb.) var mı?                 | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 12. Sigara kullanıyor musunuz?                                                                     | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 13. Kadın hastalar için: Gebelik olasılığınız var mı veya emziriyor musunuz?                       | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

Açıklama / kullanılan ilaçlar:

## Hasta / Yasal Temsilci Onam Beyanı

Tanı

Yapılacak tedavi / işlem

Uygunsa taraf bilgisi: ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı

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.
- Hekimimin yetkisi, gözetimi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.
- Gerektiğinde genel anestezi ve sedasyonun anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim tarafından, lokal anestezinin hekimim tarafından uygulanacağı açıklandı.
- İşlem sırasında öngörülemeyen ve hayati risk oluşturan bir durum ortaya çıkması halinde, hekimimin gerekli gördüğü ek tıbbi müdahalelerin yapılabileceğini ve gerektiğinde kan ve kan ürünlerinin verilebileceğini anladım.
- İşlem sırasında çıkarılan doku ya da örneklerin gerektiğinde incelenmesine, saklanmasına veya imha edilmesine izin veriyorum.
- Uygulanacak işlemin mevcut durumumu iyileştirme garantisi olmadığını; tıpta ve cerrahide kesinlik bulunmadığını ve sonuçların kişiden kişiye değişebileceğini anladım.
- İstemediğim takdirde onam vermek zorunda olmadığını 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:

|                                                                                                                                                                                            |             |       |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------|
| <b>Hasta</b>                                                                                                                                                                               |             |       |      |
| Adı Soyadı                                                                                                                                                                                 | İmza        | Tarih | Saat |
| <b>Hastanın Yasal Temsilcisi (gerekliyse)</b>                                                                                                                                              |             |       |      |
| Adı Soyadı / Yakınlık Derecesi                                                                                                                                                             | İmza        | Tarih | Saat |
| Yasal temsilciden onam alınma nedeni: <input type="checkbox"/> Bilinci kapalı <input type="checkbox"/> 18 yaş altı <input type="checkbox"/> Karar yetisi yok <input type="checkbox"/> Acil |             |       |      |
| <b>Şahit</b>                                                                                                                                                                               |             |       |      |
| Adı Soyadı                                                                                                                                                                                 | İmza        | Tarih | Saat |
| <b>Bilgilendirmeyi Yapan Hekim</b>                                                                                                                                                         |             |       |      |
| Adı Soyadı<br><b>Op. Dr. Ayşe Öznur Akidil</b>                                                                                                                                             | İmza / Kaşe | Tarih | Saat |
| <b>Tercüman (ihtiyaç halinde)</b>                                                                                                                                                          |             |       |      |
| 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.