

Yağ Enjeksiyonu ve Dermofat Greft

Otolog Yağ Transferi

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

Yüzün çeşitli bölgelerinde hacim kazandırmak ve çökük alanları doldurmak için kullanılan yöntemlerden biri yağ ve doku enjeksiyonlarıdır. Yanaklar, alın, yanak-dudak çizgisi, dudaklar ve çene ucu uygulama alanlarına örnek verilebilir.

Yağ enjeksiyonunda genellikle kişinin karın, bel veya kalça gibi yağlanmanın fazla olduğu bölgelerinden alınan yağ, yıkama ve süzme gibi işlemlerden geçirildikten sonra ince kanüllerle uygulanacak alana verilir. Kişinin kendi dokusu kullanıldığı için doku uyumsuzluğu beklenmez. Enjeksiyon çok küçük giriş noktalarından yapılır.

Dermofat greft, derinin alt tabakası ile bir miktar yağ dokusunu içeren bir doku parçasıdır. Var olan bir ameliyat izinden veya vücudun gizlenebilen bir bölgesinden alınır; alındığı yerde az ya da çok iz kalır. Yerleştirileceği alanda genellikle 1-2 adet küçük kesi gerekir. Kalacak miktar yağ enjeksiyonuna göre daha iyi tahmin edilebilir; ancak alınabilecek miktar sınırlıdır.

Beklentiler ve Emilim

Yağ enjeksiyonuyla sağlanabilecek hacim artışı sınırlıdır; beklentiler gerçekçi olmalıdır. Enjekte edilen yağın bir bölümü vücut tarafından emilir; emilim oranı %30-70 arasında değişebilir ve uygulama bölgesinin hareketli olup olmamasına göre farklılık gösterir. Bu nedenle bir süre sonra ek enjeksiyon gerekebilir. Emilim göz önüne alınarak gerekenden bir miktar fazla yağ verilebilir; bu durumda ilk haftalarda ödemle birlikte normalden fazla dolgunluk görülebilir.

İşlem ve İyileşme Süreci

- İşlemden önceki 10 gün aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçlar kullanılmamalı; önemli hastalıklar ve sürekli kullanılan ilaçlar hekime bildirilmelidir.

- Tek başına yağ enjeksiyonu lokal anestezi, sedasyon veya genel anestezi ile yapılabilir; genellikle hastanede yatış gerektirmez.
- İşlemden hemen sonra şişliği azaltmak için soğuk uygulama yapılır; buz doğrudan cilde temas ettirilmemelidir.
- İlk günlerde uygulama bölgesinde belirgin şişlik ve morluk beklenir; dudak bölgesinde şişlik daha uzun sürebilir. Morluklar genellikle 2-6 hafta içinde kaybolur. İlk iki gün dinlenilmesi önerilir.
- Bölge ertesi gün yıkanabilir ve nemlendirici krem sürülebilir. Hekiminiz önerirse 4-5. günden sonra hafif masaj yapılabilir. Aşırı sıcak ve buhardan kaçınılmalıdır.
- Koruyucu amaçla birkaç gün antibiyotik önerilebilir. Azalmakta olan şişlik yeniden artarsa, bölgede hassasiyet ve ısı artışı olursa hekiminize başvurunuz.

Olası Komplikasyonlar

- **Kanama:** Yağın alındığı veya verildiği bölgelerde kanama görülebilir.
- **Enfeksiyon:** Kızarıklık, şişlik, akıntı veya apse gelişebilir; antibiyotik veya boşaltma için küçük bir kesi gerekebilir.
- **Asimetri ve kontur düzensizlikleri:** Uygulama bölgesinde veya yağın alındığı alanda düzensizlik, çukurlaşma veya şekil farklılığı olabilir; kendiliğinden düzelebileceği gibi kalıcı da olabilir.
- **Yağın emilmesi:** Enjekte edilen yağın tamamı veya büyük kısmı aylar içinde emilebilir.
- **His değişiklikleri:** Yağın alındığı veya verildiği alanlarda hissizlik veya aşırı hassasiyet olabilir; genellikle geçicidir.
- **Yağ embolisi:** Çok nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Yağ parçacıklarının damar içine geçerek akciğer, beyin veya göz gibi organların dolaşımını bozması felç, görme kaybı veya ölüm gibi ciddi sonuçlara yol açabilir.
- **İz:** Dermofat greft alınan ve yerleştirilen alanlarda iz kalabilir; nadiren belirgin iz (hipertrofik skar/keloid) gelişebilir.

Ek Tedavi Gerekliliği

Komplikasyon gelişmesi halinde ek tedavi veya cerrahi girişim gerekebilir. Tıpta ve cerrahide kesinlik yoktur; elde edilecek sonuç hakkında 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

Alternatifler arasında işlemi yaptırmamak, medikal cilt bakımları ve geçici veya kalıcı dolgu maddeleri sayılabilir. Bu yöntemlerin de kendine özgü risk ve yan etkileri vardır.

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) | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 2. Vücudunuzda kolayca morluk oluşur mu veya ailenizde kanama bozukluğu var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 3. Kan sulandırıcı ilaç (örneğin aspirin) kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 4. Bunların dışında düzenli kullandığınız ilaç var mı? Varsa hangileri: | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 5. Alerji, astım veya aşırı duyarlılığınız var mı? (Flaster, lateks, gıdalar, ilaçlar vb.) | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 6. Kalp veya akciğer hastalığınız var mı ya da kalp pili taşıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 7. Şeker hastalığı, yüksek tansiyon veya başka bir kronik hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 8. Tiroit hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 9. Takma dişiniz veya sallanan dişiniz var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 10. Son altı hafta içinde aşı oldunuz mu? | ☐ Evet ☐ Hayır |

- | | |
|--|--|
| 11. Akut veya kronik bir enfeksiyon hastalığınız (hepatit, HIV, verem vb.) var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 12. Sigara kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 13. Kadın hastalar için: Gebelik olasılığınız var mı veya emziriyor musunuz? | ☐ Evet ☐ 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:

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.