Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Bu form, “trombositten zengin plazma” uygulaması ve bunun olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. Trombositten zengin plazma (PRP=platelet rich plasma), kişiden alınan küçük miktardaki kanın özel bir tüpe konularak bir dizi işlemden geçirildikten sonra elde edilen trombositten zengin plazmanın, yine aynı kişiye enjeksiyon yoluyla geri verilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Trombosit denilen kan hücreleri, vücudumuzdaki hasarlı dokuların onarımı ve doğal haline dönüşmelerini sağlamak için gerekli “büyüme faktörlerini” yapısında barındırmaktadır. Eğer dokularımızda herhangi bir hasar olursa bu kan hücreleri, hasarlı dokuya gelerek onarım sürecini başlatırlar. PRP tedavisinde ise normal şartlar altında toplanan trombositlerden daha çok miktarda hücrenin hasarlı dokuda birikmektedir ve böylece onarım süreci hızlı ve güçlü bir şekilde başlamış olur. PRP yöntemi cilt gençleştirme, yara iyileşmesi, saç dökülmeleri ve sivilce izi tedavilerinde kullanılmaktadır. Tedavi için hastadan yaklaşık 5-10cc kan alınır. Özel bir tüpte santrifüj edilir. Bu işlem sonucu plazma içinde normalden daha fazla miktarda trombosit birikmiş olur. Trombositten zenginleştirilmiş bu plazma, aynı kişiye enjeksiyon yoluyla verilir. Kişinin kendi kan ürünü kullanıldığı için herhangi bir alerjik reaksiyon görülmez. Uygulama 4-6 hafta arayla 3-4 seans yapılmaktadır

PRP UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- **Kızarıklık, kanama**
- **Morluk**
- **Enfeksiyon**
- **Allerjik reaksiyonlar**
- **Yanma, kaşıntı**
- **Ödem**

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, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.**

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Uygulama alanına temas edilmemesi
- Uygulamadan sonra bir gün süreyle banyo yapılmaması
- Uygulama günü güneşten korunulması
- Uygulama sonrası doktorunuzun önerdiği kremlerin kullanılması, Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen doktorunuza başvurunuz.

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
Hamilelik riskiniz var mı?	❒	❒	Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?	❒	❒
Emziriyor musunuz?	❒	❒	İlaç kullanıyor musunuz?	❒	❒
Şeker hastalığınız var mı?	❒	❒	Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?	❒	❒
Kanamaya yatkınlığınız var mı?	❒	❒	Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?	❒	❒
Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı?	❒	❒	HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?	❒	❒

HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tıbbi ya da cerrahi müdahalelenin amacı, riskleri ve komplikasyonları açısından bilgi sahibi oldum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum:

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: ...

Not: Lütfen el yazınızla "1 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)