Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Bu form, mezoterapi uygulaması ve bunun olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatli okuyunuz. Sorularınız veya anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. Mezoterapi farklı amaçlara yönelik hazırlanmış özel ilaç karışımlarının derinin orta tabakasına, özel iğne uçları kullanılarak uygulanan özel bir enjeksiyon yöntemidir. Mezoterapi cildi yenilemek, nemlendirmek ve canlandırmak için yüz, boyun ve dekolte bölgesine uygulanabilir. Saç dökülmelerinde saçları canlandırmak amacıyla saçlı deriye uygulanabilir. Bölgesel zayıflama ve selülit tedavisinde kollar, karın ve bacak bölgelerine uygulanabilir. Mezoterapide kullanılan ürünler hyaluronik asit, vitaminler, proteinler ve minerallerdir. Mezoterapi yöntemi cildin elastikiyetini sağlayan liflerin yenilenmesi, ciltaltındaki dolaşımın düzenlenmesi ve ciltaltındaki yağ dokusunun azalmasına yol açarak etki eder. Mezoterapi işlemi belirli aralıklar verilerek seanslar şeklinde yapılır. Uygulama sırasında ağrı olabileceği için yerel anestezik kremler kullanılabilir. Tedaviden iyi sonuç almak için seansların düzenli yapılması gereklidir.

İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

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

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

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?	❒	❒	Kol altı bölgesinden ameliyat geçirdiniz mi ?	❒	❒
HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?	❒	❒	Kas ve sinirlerle ilgili herhangi bir hastalığınız var mı?	❒	❒
Migren ataklarınız olur mu?	❒	❒	Daha önceden botulinum toksin uygulaması sırasında alerji veya beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı?	❒	❒

Antibiyotik (aminoglikozid) veya kas gevşetici ilaç kullanıyor musunuz?	❒	❒		❒	❒

HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

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

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 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)