Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

**1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI**:DR.....

Bu form, dermaroller 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.Dermaroller elle tutulan bir kabzası ve bunun ucunda içinde çok sayıda, son derece ince paslanmaz çelikten olan iğnelerle çevrelenmiş silindir şeklinde bir alettir. Dermaroller tedavisi, “mesoroller, mikroigne tedavisi veya kollojen indüksiyon tedavisi” gibi çeşitli isimlerle de bilinmektedir. Dermaroller derinin ikinci alt tabakasında yer alan dermise mikro kanallar (mikro yaralar) açar ve iğneleme sayesinde deri üzerinde ufacık iğne ucu büyüklüğünde kanamalar olur. İşlem iz bırakmadan 1-3 günde iyileşir. Dermaroller ile tedavide arzu edilir etki oluşması için 4-6 hafta aralıklarla ve çok sayıda iğnelemeye ihtiyaç vardır. Herhangi epidermal (derinin en üst tabakası) hasara neden olmaz ve zaman kaybı minimaldir. İşlem ofis ortamında yapılır.

**2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:**

Dermaroller tedavisiyle deride mikro kanallar açmak (iğne ucu ile oluşmuş yara) ve ardından yara iyileşmesi ile ince deri çizgilerini sıkılaştırmak veya deri üzerindeki skarları (akne izi, strialar, yanık izi vb.) azaltmak amaçlanır. Ayrıca topikal kozmetiklerin ve/veya büyüme faktörleri, peptidler ve kök hücrelerin emilimini sağlanır. Dermoroller tedavisi sonrası derimize hacim ve dolgunluk veren elastin, kollogen ve hyalüronik asit üretimi artar bunun sonucu deri yüzeyinde, dokusunda ve renginde düzelme olması beklenir.Dermoroller tedavisi ağrılıdır. Öncesinde tedavi edilecek alana topikal anestezik krem (EMLA %5 krem) ile kapatarak 1 saat anestezi yapılır, uyuşturulması sağlanırDermoroller tedavisinin etkinliği için genellikle birden çok sayıda seansa ihtiyaç olur. Bazı durumlar da ise istenen kozmetik düzelme için başka ek tedavilerle (PRP, lazer, dolgu, botoks vb.)birlikte kullanılması daha iyi sonuç verebilir.

**3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

**4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:**

**5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:**

**UYGULAMA SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER**

- Kısa süre hafif düzeyde deride ağrı, yanma ve hassasiyet olabilir.
- İğne uzunluğuna göre 3-4 saat ile 1-4 güne kadar devam edebilen eritem (kızarıklık) beklenir.
- Göz çevresi uygulamalarında hafiften şiddetliye göre değişen (iğne uzunluğuna göre) ödem olabilir.
- Nadiren kemik üzeri veya çok ince deri alanlarında hafif-orta düzeyde deri altında kanama olabilir.
- Her ne kadar pigmentasyon (leke) tedavisinde kullanılsa da nadiren pigmentasyon riski olabilir.
- Bu güne kadar hiç bildirilmemiş olsa da mikrokanallar açılan deriye bakteri girişi olabilir, yüzeyel bir deri enfeksiyonu olabilir.
- Bu güne kadar hiç bildirilmemiş olsa da mikrokanallar açılarak uyarılan deride daha önce hikayesi olan veya olmayan hastalarda labilal herpes (uçuk mikrobu) ortaya çıkabilir.
- Dermaroller sonrası uygulanan bazı topikal solüsyonlar, büyüme faktörü, peptidlere karşı deri alerjik reaksiyon gösterebilir.

**6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**

***7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:***

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

**UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

Yüz makyajsız ve temiz olmalı.

Aspirin ve kan sulandırıcı ilaç kullanılmamalı

**UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR**

- Uygulamanın ilk günü duş alınmamalıdır.

- İşlemden sonra doktorunuzun önerisi dışında herhangi bir kozmetik veya işlem uygulanmamalı.
- Dermaroller güneş hassasiyetine neden olmaz, bununla birlikte deri üzerinde yapılan her işlem gibi uygulama
- sonrası güneşten korunma ve en az SPF 30+ düzeyinde güneş koruyucu uygulanmasında fayda vardır.
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen doktorunuza başvurunuz.

***9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:***

| | 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)**

- 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)**