Tıbbi gizlilik arz etmektedir. Derhal uygulayıcı hekime verilmelidir.

Adı..... Soyadı.....

Cinsiyet: Erkek Kadın

Yaş.....

* Daha öncesine ait herhangi bir tıbbi sorununuz var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Daha önce bir ameliyat geçirdiniz mi? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Şu anda herhangi bir tıbbi tedavi görüyor musunuz? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Daha önce estetik yaptırdınız mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Daha önce herhangi bir dermal dolgu enjeksiyonu yaptırdınız mı? Hayır

Evet, lütfen enjeksiyon yapılan bölgelerinizi aşağıdaki maddeler üzerinde işaretleyiniz: Alın çizgileri Kaz ayağı Glabella çizgileri Elmacık kemikleri Yanaklar Dudak konturu Gözyaşı oluğu Dudak hacmi Nazolabial kıvrımlar Yüz ovali Diğer:

- Enjekte edilen ürünün adını biliyor musunuz? Hayır

Evet ise lütfen ürünün adını yazınız:

- Enjeksiyondan sonra yan etkiler ortaya çıktı mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Korku sorununuz var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Alerjiniz var mı? (astım, ilaçlara, gıdalara, kozmetiklere, latekse karşı alerji ?) Hayır

Evet,lütfen açıklayınız.....

* Otoimmün veya bağışıklık sistemini etkileyen bir hastalığınız var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Cilt enfeksiyonu var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

*Tiroid bezini etkileyen bir hastalığınız var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Hepatoselüler (karaciğer) yetmezliğiniz var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Anjin ve romatizmadan düzenli olarak sıklıkla yakınır mısınız? Hayır ,

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Epilepsi var mı? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Herpetik (uçuk) veya enfeksiyöz tip cilt reaksiyonlardan yakınmanız var mı? (herpes. akne..vb.) Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

* Hamile veya emzirme döneminde misiniz? Hayır

Evet, lütfen açıklayınız.....

DERMAL DOLGU ÜRÜNÜYLE TEDAVİYE İLİŞKİN MUVAFAKATNAME

* Onaylanmış endikasyon kullanımını anlamamı sağlamaya yetecek kadar bilgi aldım. Ürünlerin kontrendikasyonları ve potansiyel yan etkilerine ilişkin bilgileri aldım.

* Tıbbi ve estetik tedavi geçmişime ilişkin vermiş olduğum bilgiler kesin ve doğrudur. Tüm sorularım tatmin edici bir şekilde cevaplanmıştır.

Aşağıdaki hususları anlamış bulunuyorum:

* Uygulanan tedavi grubunda yer alan ürünler hayvansal kökenli olmayan retiküle (ağ şeklinde), steril, viskolastik, hyaluronik asit jelidir. Bu ürünler, ciltteki kırışıklıkları, buruşuklukları tedavi etmek ve yüz biçimini düzeltmek veya dudak büyütmek için dermise enjekte edilmektedir.

* Uygulanan tedavi grubunda grubunda yer alan retiküle ürünler özgül etkilerini 6 ila 24 ay süreyle göstermektedir. Bu verilen cilt tipine, uygulanan bölgelere, enjekte edilen miktarda ve enjeksiyon tekniğine göre değişebilir.

Dermal dolgu enjeksiyonundan sonrasına ilişkin aşağıdaki hususlarda eksiksiz bilgi verilmiştir:

* Enjeksiyon yerinde genellikle 72 saatten kısa sürede geçen biraz kızarıklık, ödem, kaşıntı ve hafif ağrı oluşabilir.

* Enjeksiyon yerinde bazı endurasyonlar (sertlikler) veya nodüller oluşabilir. Enjeksiyon yerinde bazı renk kayıpları bildirilmiştir.

* Hyaluronik asit enjeksiyonu sonrasında glabella bölgesinde nekroz, apse, granüloma veya aşırı duyarlılık vakaları literatürde yer almaktadır.

* Bir hafta daha uzun süreli inatçı enflamatuar reaksiyonlar veya diğer yan etkiler en kısa sürede uygulayıcı hekime bildirilmelidir. Uygulayıcı hekim, uygun tedaviyi yapmak zorundadır. Vakaların tümünde, yan etkilerin tedavisinin şifa ile sonuçlanması birkaç ay sürebilmektedir.

Enjeksiyon sonrası öneriler hakkında bilgi sahibiyim ve onların uygulanmasına muvafakat ediyorum.

Tedavi sonrasında önerilerle ilgili bilgi edindim ve önerilere uymaya muvafakat ediyorum.

Hastanın adı..... TARİH:

İMZA

Uygulayıcı hekim

KAŞE-İMZA