AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Dolgu Uygulamaları

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

Yüz veya seçilmiş vücut bölgelerinde hacim, kontur ya da çizgiler için deri altına dolgu materyali enjekte edilir. Madde tipi (örn. hyalüronik asit), üretici, hacim, anatomik bölge ve uygulama tekniği kaydedilmelidir. Her dolgu eritilebilir değildir; kalıcılık kişiye ve ürüne göre değişir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Ağrı, morarma, şişlik, asimetri, topaklanma, göç, enfeksiyon, alerji ve gecikmiş inflamatuvar nodüller görülebilir. Damar içine/üzerine dolgu verilmesi damar tıkanıklığına, cilt nekrozuna ve çok nadiren kalıcı görme kaybı veya inmeye yol açabilir. Ciddi alerjik reaksiyon gelişebilir.

Diğer seçenekler

İşlem yaptırmamak, farklı onaylı ürün ya da sınırlı etki sağlayan cilt bakım/enerji temelli yöntemleri görüşmek. Ürünle ilgili düzeltme veya eritme her zaman mümkün değildir.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Ani şiddetli ağrı, soluk-beyaz/mor ağ görünümü, soğuk cilt, görme bulanıklığı/kaybı veya felç belirtisi olursa acil yardım alın. Tedavi sonrası masaj, baskı, spor ve ek işlem kısıtlarını hekiminizden öğrenin.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Ürün ticari adı, içerik, lot/seri, son kullanma, ruhsat/uygunluk, toplam hacim (mL), enjeksiyon alanları, vasküler acil müdahale planı ve hyalüronidaz uygunluğu.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.