AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Lifting Aşısı (Ürün / Yöntem Belirtilecek)

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

“Lifting aşısı” bir ürünün standart tıbbi adı değildir. Sıkılaşma/kaldırma etkisi iddiasıyla sunulan çeşitli biyostimülanlar, dolgu ya da mezoterapi karışımları için kullanılabilir. Bu form, gerçek ürün ve uygulama yöntemi kaydedilmeden onay yerine geçmez.

Olası risk ve komplikasyonlar

Ağrı, şişlik, morarma, asimetri, alerji, düzensizlik, enfeksiyon, nodül/granülom, kalıcı sertlik ve beklenmeyen sonuç görülebilir. Dolgu veya enjekte edilebilir biyostimülan kullanılıyorsa damarsal komplikasyonlar ve doku nekrozu gibi ciddi riskler olabilir; bazı ürünlerin eritilmesi mümkün değildir.

Diğer seçenekler

İşlem yaptırmamak; ürün sınıfı netleştirildikten sonra cilt bakımı, enerji temelli yöntemler veya uygun farklı müdahaleleri görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Şiddetli ağrı, deride ağ tarzı morarma/solukluk, ani görme şikâyeti veya alerji durumunda acil yardım alın.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Gerçek ürün/sınıf, ruhsatlı endikasyon, bileşim, lot, uygulama yolu, hacim, alan, geri döndürülebilirlik ve komplikasyon planı.

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.