# AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

# PRP (Trombositten Zengin Plazma)

**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

Hastadan alınan kan uygun sistemle işlenerek trombositten zengin plazma hazırlanır ve belirlenen dokuya uygulanır. Kan alma miktarı, kit/sistem, hedef alan ve uygulama yolu kaydedilir. Elde edilecek etki kişiden kişiye değişebilir.

### Olası risk ve komplikasyonlar

Kan alımında morarma, bayılma, ağrı; enjeksiyonda enfeksiyon, kanama, doku hasarı, şişlik, sinir/damar zedelenmesi ve istenmeyen sonuç olabilir. Uygun olmayan hazırlama/sterillik kontaminasyon riskini artırır. Trombosit/kanama bozuklukları ve kan sulandırıcılar değerlendirilmelidir.

### Diğer seçenekler

İşlemden vazgeçmek; şikâyetin türüne göre diğer kanıt temelli tedavileri ve takip seçeneğini görüşmek.

### İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Önerilen bölge bakımını uygulayın. Ateş, yayılan kızarıklık, belirgin şişlik veya şiddetli ağrıda tıbbi değerlendirme alın.

### İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Kanın alınacağı miktar, PRP sistemi ve lotu, aktivatör kullanımı, tedavi bölgesi, trombosit bozukluğu, enfeksiyon ve kanama riski.

## 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.