

İĞNELİ EPİLASYON UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu formdaki açıklamaların amacı sizi endişelendirmek için değil, uygulanacak işlemin öncesi-sırası-sonrası ve olası riskleri hakkında bilimsel çerçevede aydınlatmaktır. Lütfen dikkatlice okuyunuz. Soru veya anlamadığınız noktalar varsa, yardım isteyiniz.

İĞNELİ EPİLASYON UYGULAMASI NEDİR VE NE AMAÇLA KULLANILIR?

İğneli epilasyon, istenmeyen kılların elektrik akımı ile yok edilmesi tedavisidir. Kontrollü elektrik akımının hedefi kıl folikülü hücrelerini tahrip etmesi esasına dayanır. Bu nedenle epilasyonun başarısı kılın rengi ile ilişkili değildir.

İĞNELİ EPİLASYON UYGULAMASI ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR NELERDİR?

Lütfen aşağıdaki soruları eksiksiz olarak yanıtlayınız.

➤ Uygulama alanında veya vücudunuzda enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Şeker gibi kronik bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Alerji, bağışıklık sistemi veya romatizmal bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Bir operasyon geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Aktif deri hastalığınız var mı veya uçuk ataklarınız olur mu?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Kanamaya yatkınlığınız var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Hepatit (HBsAg, HCV) veya AIDS (HIV) pozitifliğiniz var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Gebelik riski, gebelik ya da emzirme durumunuz var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Son 1 hafta içinde herhangi bir ilaç kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Son 3 gün içinde kan sulandırıcı ilaç (aspirin, kumadin gibi) kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Son 1 ay içinde herhangi bir dermatolojik, estetik işlem yaptınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Son birkaç hafta içinde güneş veya solaryum ile bronzlaştınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
➤ Daha önce bu işlemden yaptırdı iseniz bir olumsuzluk oldu mu?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR

SORULARA **EVET** YANITI VERDİĞİNİZDE VEYA SORULAR DIŞINDA AÇIKLAMAK İSTEDİĞİNİZ DURUMLARI AŞAĞIYA YAZINIZ.

İĞNELİ EPİLASYON UYGULAMASI NASIL YAPILIR VE ETKİSİNİN SEYRİ NASILDIR?

- İğneli epilasyon sırasında acı hissi ile karşılaşacaksınız, özellikle bazı hassas bölgelerde daha fazla olabilir. Çok rahatsız edici olursa haber vermeniz gerekir.
- İğneli epilasyon seanslarına düzenli olarak devam edildiği takdirde kılların çok büyük bir kısmından kurtulmak mümkündür.
- Çeşitli sebeplere bağlı hormon bozukluğu varsa, iğneli epilasyon başarısı düşük olabilir. Ayrıca iğneli epilasyon sonrası iyi bir başarı sağlandığı halde, sonradan oluşabilecek hormonal dengesizlikler yeniden kıl çıkmasını sağlayabilmektedir.
- Seans araları ortalama 21 gün olmalıdır, her seans sonrası size ne zaman gelmeniz gerektiği söylenebileceği gibi seanslarınızı size göre de ayarlayabiliriz.
- Başarılı bir iğneli epilasyon uygulaması için seans sayısı verilemiyor, ardışık çok sayıda seans gerekebilir. Bu değerler ortalama süreler olup kişiye göre uzama gösterebilmektedir.

İĞNELİ EPİLASYON UYGULAMASI SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR NELERDİR?

- Uygulama yapılan bölgenin, uygulama sonrası solaryumdan kaçınılmalı ve güneş banyosu yapılmama gerekmektedir.
- İşlem sonrası 12 saat sıcak duş alınmamalı, ılık su kullanılmalıdır.
- İşlem sonrası uygulama yapılan bölgeye 7 gün kese yapılmamalıdır.
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen kliniğimize başvurunuz.

İmza:

İĞNELİ EPİLASYON UYGULMASININ RİSKLERİ VE YAN ETKİLERİ NELERDİR?

Tüm tıbbi işlemlerde olduğu gibi bu işlemde de bazı riskler vardır.

- Uygulama yapılan bölgede
 - Kızarıklık (eritem)
 - Uygulama alanında lokal şişlik
 - Kıl folliküllerinin kabarması (perifolliküler ödem)
 - Kabuklanma
 - Yanık oluşabilir.
- Uygulama bölgesinde cilt renginde koyulaşma veya açılma oluşabilir
- Üst dudak uygulamalarında eğer varsa var olan uçukta yayılma olabilir

Yukarıda söz edilen yan etkilerin oluşma olasılığı düşüktür. Bu yan etkiler genellikle güneşten korunmaya dikkat etmeme, bölgeye uygun olmayan cihaz kullanılması, dozlarının iyi ayarlanmaması sonucu oluşmaktadır. Bunun yanında kalıcı değildir.

İŞLEM YAPILACAK KİŞİNİN ONAYI

Bu işlem diğer kozmetik uygulamalar gibi yaşamsal öneme sahip değildir. Kozmetik işlemler cildinizde yer alan kırışıklık, çizgilenmeler, lekeler, izler, dövme, kılcal damarlar, saç dökülmesi, sarkmalar, çatlaklar, istenmeyen kıllar, nemsizlik veya hoşa gitmeyen yüz ve vücut görünümleri gibi olumsuzlukları azaltmak yapılmaktadır. Tam olarak anlaşılamayan nedenlerden ötürü, işlemin başarısı ve kalıcılığı beklenen sürelerden daha kısa olabilir. Ayrıca uygulamanın sonuçlarıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez. Oluşacak yan etkiler doktorumuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz tarafından yapılacaktır. İsteddiğiniz zaman size verilmiş olan kurumumuza ait iletişim kanallarından bize ulaşabilirsiniz.

- İzinim olmaksızın tarafım üzerinde herhangi bir tıbbi müdahale, tedavi zorunlu olmadıkça uygulanamayacağı bana anlatıldı ve anladım.
- Yukarıda İĞNELİ EPİLASYON tedavisi yapılmadan önce verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Uygulanacak yöntemin beklenen etkisini ve risklerini anladım.
- Ayrıca diğer tedavi seçenekleri, muhtemel sonuçları ve riskleri bana anlatıldı ve bu işlem hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı, gerekli uyarılarda bulunuldu ve anladım.
- Uygulanacak olan işlem seçenekleri ile ilgili ve bunların riskleriyle ilgili soru soracak durumda idim. Sorularım ve endişelerim beni tatmin edecek ölçüde tartışıldı ve cevaplandırıldı.
- Bana yapılacak işlemin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, işlem öncesinde, sırasında ve sonrasında görsel materyal örnekleri (fotoğraf gibi) alınabileceği ifade edildi ve kabul ettim.
- Bana yapılacak işlem sonucunda hiçbir garanti verilmediğini anladım.
- Bu tedaviyi almam konusunda herhangi zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım.
- Bu koşullarda İĞNELİ EPİLASYON ile tedavi olmayı ve bu tedavi için gerekli maliyeti ödemeyi kendi rızamla kabul ediyorum.

<u>İŞLEM YAPILAN KİŞİNİN</u>	<u>İŞLEMİ YAPAN KİŞİNİN</u>	<u>İŞLEME TANIK OLAN KİŞİNİN</u>
Adı ve Soyadı	Adı ve Soyadı	Adı ve Soyadı
.....
İmzası	İmzası	İmzası
.....
Tarih	Tarih	Tarih

(*) Hastanın reçit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.