

KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM 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.

KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM UYGULAMASI NEDİR VE NE AMAÇLA KULLANILIR?

Hastalığınızdan dolayı, sorunun tedavisi için cilde veya tırnağa yapılan insizyon (kesme), bir parça çıkarma, sütür koyma (dikme), tanı amaçlı yapılan biyopsi, elektrokoterizasyon denilen yakma, kriyoterapi denilen dondurma veya lazer ile yakma işlemlerinin bir veya birkaçını kapsayan uygulamalardır. Benlerin çıkarılması, kanserli cilt bölgesinin çıkarılması, tırnak dokusu ve yatağına yapılan girişimler, iltihapların boşaltılması, viral oluşumların çıkarılması, yağ bezesi gibi oluşumların çıkarılması, cildin bir parçasının tanı veya tedavi amacı ile çıkarılması bu tip işlemleri kapsamaktadır.

KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM 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 yapıldı 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.

KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM UYGULAMASI NASIL YAPILIR VE ETKİSİNİN SEYRİ NASILDIR?

Uygulama lokal anestezi altında yapılmaktadır. Sorunun büyüklüğüne göre işlem birkaç dakika ile bir saat kadar sürebilir. İyileşme süreci, yapılacak pansumanlar ve kontrol randevunuz için size bilgi verilecektir.

KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM UYGULAMASI SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR NELERDİR?

- Uygulama bölgesi ovuşturulmamalıdır.
- En az 48 saat ve eğer dikiş işlemi uygulanmışsa 10 gün süresince uygulama bölgesine masaj yapılmamalıdır.
- Yara iyileşene kadar sauna, hamam, jakuzi gibi sıcak ortamlardan kaçınılmalıdır.
- Lokal anestezi ile yapıldığından, 2-3 saat kadar ağrı hissetmeyebilirsiniz. Daha sonra oluşabilecek ağrı ve enfeksiyonu önlemek için size verilecek reçetede ilaçları kullanmanız gerekir.
- Tedavinin başarısını ve yan etkilerini değerlendirmek üzere işlemden 10 gün sonra kontrole gelmeniz gerekmektedir.
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen kliniğimize başvurunuz.

imza:

KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM UYGULAMASININ RİSKLERİ VE YAN ETKİLERİ NELERDİR?

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

- Uygulama yerlerinde morarma, şişlik, kızarıklık
- Tedavi edilen alanda işlem sırasında ağrı, hassasiyet
- Tedavisi sonrası ciltte açık veya koyu cilt rengi değişiklikleri
- Hastalığın tamamen düzelmeyip, kısmen veya tamamen tekrarlaması
- Alerjik reaksiyonlar (anafilaksi, ürtiker, nefes darlığı), enfeksiyon
- Dikişin açılması, kan toplaması, his kaybı
- Cildin çekilmesi, yara izi görünümünü oluşturabilmektedir.
- Bireysel özelliklere bağlı olarak skar veya keloid dokusu şeklinde yara izi görünümünü oluşturabilir.

İŞLEM YAPILACAK KİŞİNİN ONAYI

Bu işlem diğer kozmetik uygulamalar gibi yaşamsal öneme sahip değildir. Kozmetik işlemler cildinizde yer alan kırışıklık, çizgilenmeler, lekeler, izler, dövme, kılcak damarlar, saç dökülmesi, sarkmalar, çatlaklar, istenmeyen kıllar, nemsizlik veya hoş gitmeyen yüz ve vücut görünümleri gibi olumsuzlukları azaltmak yapılmaktadır. Tam olarak anlaşılabilen 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. İstedığınız 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 KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM uygulaması 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 KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM uygulaması 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 reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.