



VASKÜLER LAZER TEDAVİSİ HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

AD SOYAD		YAŞ		CİNSİYET	
----------	--	-----	--	----------	--

BİLGİLENDİRME TARİHİ		SAAT	
----------------------	--	------	--

Bu form, vasküler lazer tedavisinin uygulaması ve bunun olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Vasküler lazerler damarsal kökenli farklı hastalık ve durumların tedavisinde kullanılabilen çeşitli lazer cihazlarından oluşur. Bunlar arasında doğumsal damarsal lekeler, bacak ve yüzde özellikleyerleşen kılcal damar genişlemeleri, hemanjiomlar, kızarıklık (eritem) durumları başlıcalarıdır.

Lazer ışınının hedef dokuya ulaştığında mümkün olduğunca çevre dokuya zarar vermeden hedef aldığı dokuyu bölgesel bir ısıtma sonucu tahrip etmesi amaçlanır. Genellikle çevre dokuda herhangi bir değişiklik oluşmadan hedef doku küçültülebilir ya da ortadan kaldırılabilir.

İşlem esnasında ağrıyı azaltmak için genellikle lokal anestezi krem, soğuk üfleme cihazları, buz pedleri kullanılabilir.

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum **(istemiyorsanız lütfen cümlemin üzerini çiziniz)**.

LÜTFEN YANITLAYINIZ

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
Hamilelik riskiniz var mı?	☐	☐	Uygulama alanında enfeksiyonunuz varmı?	☐	☐
Emziriyor musunuz?	☐	☐	İlaç kullanıyor musunuz?	☐	☐
Şeker hastalığınız var mı?	☐	☐	İşığa duyarlılık ile seyreden herhangi bir hastalığınız (özellikle romatizmal hastalıklar) var mı?	☐	☐
Lokal anesteziye karşı alerjiniz varmı?	☐	☐	Son birkaç hafta içinde bronzlaştınız ya dasolaryuma gittiniz mi?	☐	☐

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza



VASKÜLER LAZER TEDAVİSİ HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

İşlem sonrasında uygulama alanında oluşan ödem geçici olmakla birlikte sık görülen bir yan etkidir. Nadiren işlem sonrasında morarma da görülebilir. İşlem sonrasında en az birkaç hafta güneşten korunma önlemlerinin alınması uygundur.

Yine kabuklanma, su toplaması, yara oluşumu gibi etkilerde daha az sıklıkla ortaya çıkabilmektedir.

Lazer sonrasında yüz ve vücutta bazen birkaç hafta sürebilen geçici lekelenmeler ve kabuklanmalar hafif makyajla kapatılabilir. Nadir olarak açık yara geliştiğinde antibiyotikli kremlerin kullanılması gerekebilir.

YAN ETKİLER

- Hassasiyet ve kızarıklık: Böcek ısırığı benzeri kızarıklık ve yanma gözlenebilir
- Ödem: özellikle yüz bölgesinde ortaya çıkan bu yan etki birkaç gün içinde geçer. Evde buz uygulanması şişliğinde daha çabuk inmesini sağlayabilir.
- Ağrı: İşlem sırasında lokal anestezi kremler, soğuk üfleleyen cihazlar ya da soğuk pedler ağrı hissini azaltmak için kullanılabilir. İşlem sonrasında ise bazen birkaç saat süren ağrı olabilir.
- Ciltte renk kaybı: kalıcı renk kaybı riski çok azdır ancak özellikle koyu tenli hastalarda gözlenebilir.
- Hiperpigmentasyon (Uygulama alanında ciltte rengin koyulaşması): Bu durum oldukça nadir olmakla beraber ortaya çıktığında bazı leke açıcı krem ve yöntemlerin uygulamasını gerektirebilir.
- Yara izi: Oldukça nadir olmakla birlikte görülebilir
- Yetersiz sonuç: Tek bir tedavi seansının yetmediği durumlarda birden fazla seans yada farklı yöntemler tedaviye eklenmesi gerekebilir.

Sizinle ilgili bilgiler (kimlik, rahatsızlık, görülen tedavi) sizin onayınız ve mahkeme kararı olmaksızın açıklanmayacaktır. Kendi dosyanıza bakabilme ve kopyasını alma hakkına sahipsiniz, ancak bu hak üçüncü şahısların dosyasına bakma hakkını içermez. Oluşacak yan etkiler merkezimiz doktorları tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz ve sağlık personelimiz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı sağlık personeli seçme hakkına sahipsiniz. Bize bildirdiğiniz takdirde en uygun personel değişimi sağlanacaktır.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorlarım tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (*Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420*), uygulamanın tüm şikayetlerimi giderme garantisi taşımadığını



VASKÜLER LAZER TEDAVİSİ HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

anladım ve doktorlarımtarafından **vasküler lazer tedavisi** işlemini yapmalarına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim. .

Adı Soyadı :

İmza, Tarih :

Doktor Adı :

İmza, Tarih :

Yardımcı Personel* :

*** Yardımcı Personel: Merkezimizde çalışan ve gerekli sertifika ve eğitimleri almış hemşire, estetisyen

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza