DOLGU UYGULAMASI ve
TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ

1-HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Dolgu maddeleri, vücuttaki herhangi bir yapının (yüz, el sırtı, burun, gözaltı çukuru vb.) hacmini arttırmak, şekil vermek, statik kırışıkları, çukurları doldurmak, dudak dolgunlaştırmak gibi işlemler için kullanılır. Dolgu maddelerinin kalıcılığı, kullanılan ürüne göre değişmekte olup, ortalama 4-12 aydır. Bazı kişilerde dolgu maddelerinin kalıcılığı beklenen sürelerden daha kısa olabilmektedir ve uygulamanın sonuçlarıyla, kalıcılığıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez.

Krem veya enjeksiyon yöntemiyle anestezik madde uygulamasını takiben antiseptik bir maddeyle cilt temizlenir ve uygulama enjeksiyon yöntemiyle yapılır. İhtiyaca göre birden fazla dolgu maddesi kullanılabilir. Fazla hacim eksikliğinde ilk uygulama sonrasında tekrar uygulama ve ekleme yapıldığında daha başarılı sonuçlar elde edilebilir.

2-İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Uygulama yapılan bölgede hacim artışı amaçlanmaktadır.

3-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

"Yaşam kalitesini arttırmaya yönelik" ya da "sadece dış görünüme katkı amacı ile" yapılan ameliyatlarda, önerilen tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak bir sorun yaşamanız beklenmemektedir.

4-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Bu işlem hastanın isteğine bağlıdır alternatifi yoktur. Doktorunuz ile işlemin uygunluğu ve riskler konusunda konuşmalısınız

5-İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI

Kızarıklık, ağrı, hassasiyet, şişlik, morluk, kaşıntı, enfeksiyon

- Alerjik reaksiyonlar, akıntılı şişlikler, çökük iz
- Ele gelen şişlikler, düzensizlikler , asimetri, renk değişikliği, lekelenme, kılcal damarlanmada artış
- Çok nadiren dolgunun damar içine kaçması durumunda, emboli, ciltte nekroz, hatta körlük bile görülebilir.

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

İşlem 15 dakika sürmektedir.

7-KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

➢ Lokal anestetik: Ağız çevresinde uyuşmalar, huzursuzluk-sersemlik hissi, metalik tat, bulantı, kusma, kulak çınlaması, nistagmus, tremor, konvülsiyon, solunum durması.

8-HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz, öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- En az üç gün öncesinden; ginko biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yüksek doz E vitamini, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuar (romatizmal) ilaçların kesilmesi önerilir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- 2-3 gün süreyle şişlik ve morluklar normaldir. Sosyal hayatınızda bunu göz önüne almalısınız.
- Asıl kalıcı görüntü, şişliklerin inmesini takiben 2. haftadan sonraki ortaya çıkmaya başlayacaktır.
- Uygulama alanına elinizle dokunmayınız, temas etmeyiniz, güneşlenmeyiniz.
- Makyaj uygulaması en az 24 saat sonra olmalıdır.
- Uygulama alanına doktorunuz aksini söylemedikçe 1 hafta masaj uygulamayınız
- 3 gün süre ile uygulama alanındaki mimiklerinizi aşırı kullanmamaya özen gösteriniz.
- Yoğun spordan, sauna, jakuzi gibi sıcak ortamlardan 1 hafta süre ile kaçınınız
- Dudak dolgusu yapıldıysa 2-3 gün sıcak-soğuk bir maddeyle temas ettirmeyiniz
- Dudak dolgusu anestezi ile yapıldığında, his geri gelene kadar (2-3 saat) sıcak bir şey yiyip içmeyiniz
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulamayı yapan hekiminize başvurunuz.
- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

Doktorlarım hastalığımın tanısı ve tedavi yöntemleri ile ilgili olarak tarafıma gerekli bilgileri verdi.
Doktorlarım hastalığımın tedavisi için aşağıda sunulan (sayfa 2) cerrahi/müdahalenin uygulanmasını önerdiler. Bu prosedürün bana sağlayacağı potansiyel yararlar ve bu prosedürün taşıdığı muhtemel riskler tarafıma açıklandı ve ben bunları anladım.
Önerilen prosedürün yapılması halinde oluşabilecek muhtemel riskleri anladım. Bu riskler bana açıklandı ve ben bunların önemini öğrendim. Bunlar aşağıda (sayfa 2) sunulmuştur.
Cerrahinin yapılacağı bölge (cerrahi alan) ve taraf bana açıklayıcı şekiller eşliğinde anlatıldı.
Bir cerrahi işlem sırasında doktorların ameliyat seyri ve başarısı ile ilişkili olarak bazı ek müdahaleler yapması gerektiği konusunda bilgilendirildim. Benim ameliyatım sırasında da herhangibir ek müdahale gerekmesi halinde, Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesinde çalışan doktorlarıma ve yardımcı personeline gerekli izni veriyorum.
Aşağıda sunulmuş olan cerrahi/müdahaleye ve genel, lokal veya sedasyon anestezisi uygulanmasına bağlı risklerin dışında bazı riskler bulunduğu konusunda bilgilendirildim. Bunların başlıcaları; kanama, enfeksiyon, diş kaybı, ağız, boğaz veya ses telleri hasarı, sinir veya göz hasarı, ilaç reaksiyonu, solunum problemleri, kardiak arrest, beklenmeyen riskler, kalıcı işgücü kaybı veya ölüm. Bu riskleri bilerek önerilen ve gerekli ek cerrahilerin yapılmasına rıza gösteriyorum. Bunların yanısıra doktorlarım veya anestezi hekimi tarafından gerekli olduğu düşünülerek kullanılacak tüm ilaç, anestetik veya sedasyon analjeziklerin uygulanmasını kabul ediyorum.
Önerilen cerrahiye alternatif olabilecek tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirildim. Önerilen cerrahinin yapılmasını tercih ediyor ve bunu kabul ediyorum.
İleri tanı ve buna bağlı tedavimin planlanması için uygulanacak cerrahi sırasında çıkarılan dokularımın saklanması, korunması, ve gerekli inceleme veya analizlerin yapılması konusunda Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesi doktorlarına izin veriyorum.
Hastalığımın tanı ve tedavisinde katkıda bulunacak tüm doktor, hemşire, teknisyen, sağlık personeli ve yardımcılarına izin veriyorum.
Tıp ve cerrahi pratiğinin kesinlikler içeren bir bilim olmadığını biliyorum. Önerilen cerrahi/müdahalenin başarı şansı konusunda bilgilendirildim, ancak cerrahi/müdahalemin başarısı konusunda söz veya garanti verilemeyeceğini biliyorum. Uygulanmasını kabul ettiğim bu cerrahi/müdahale için de şahsıma/yakınlarıma böyle bir söz veya garanti verilmemiştir

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı- Soyadı :
Tarih-Saat :___/___/_____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___