



HÜCRE SPREYİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.144
Yayın Tarihi:	10.08.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz
Vitiligo;yanık ve jilet izi gibi hastalarda dermabrazyon (cildin zımparalanması) sonrası koltuk altı gibi görünmeyen bir bölgeden alınan soğan zarı inceliğinde cildin işlemlerden geçirilerek spray haline gelmesi ve yaralı bölgeye uygulanması işlemine HÜCRE SPREYİ "mikrogreft" denmektedir.

Bu işlemde yeni yanık ya da eski yanık alanı özel cihazlarla zımparalanarak kötü deri alınır. Aynı anda alınan taze deri hücreleri yara yerine uygulanır.

İşlem sonrası 1 hafta pansuman kapalı kalır hücrelerin yerleşmesi beklenir ve 1 hafta sonunda pansuman alınır. 1 haftalık süre içerisinde doktorunuzun önereceği antibiyotik ve ağrı kesicileri kullanabilirsiniz.
1 hafta yara yeri ıslak / nemli pansumana dokunulmamalıdır.

Uygulama sonrasında deride pigmentasyon (çillenme) başlaması yaklaşık 2 ayı bulur. Yeni hücrelerin yerleşmesi 4 ay sonunda belirgin olur.

Vitiligo gibi ilerleyici yayılmaya meyilli hastalıklarda son 1 yıl içinde yeni alanda vitiligo Ya da varolan bölgede vitiligonun büyümesi gibi şikayetler var ise hücre spreyi uygulama sonrası ilerlemeye devam edebilir.

Hücre spreyi vitiligo hastalığında komuflaj yani vitiligo hastalığında beyaz alanları kapama öncesi ile uygulanır. Hücre spreyi uygulamasından sonra yapılan daha iyi hale gelmesinden izlerde %100 gibi bir garanti söz konusu olamaz.Ancak iyileşme kabiliyeti iyi olan ciltlerde tıbben verilen %60 üstü iyileşmeden bahsedilebilir,

- Hücre spreyi
- Vitiligo
- Yara izi
- Jilet izi
- Yanık skarı gibi hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır.

Hücre spreyi sonrasında doktorunuz yara izinin daha iyi gelmesi için lazer tedavisi önerebilir.

Hücre spreyi tedavisi sonrası cilt güneşe daha hassas hale geleceğinden güneş koruyucu kullanılması önerilir. Güneşe çıkkıldığı halde yara izi kötü bir leke haline gelebilir.

Hücre işlemi Ya da büyüklüğüne göre sedasyon,anestezi Ya da lokal anestezi ile yapılabilir.

Hücre spreyi işlemi cilt üzerine yapılan bir işlemdir. Pansuman yerinin kirlenmesi enfeksiyona,yara iyileşmesinde gecikme , cilt hücrelerinin tutmaması ile sonuçlanacaktır. Rektörünüzün önerileri dışında çıkılmamalıdır.

Doktor talimat ve tavsiyelerine uyulmamasından kaynaklanacak iyileşmenin gecikmesi veya yapılan işlemin başarı ve sonucu etkileyecek riskler başta olmak üzere tüm hususlar iş bu forma yazılan şekilde etraflıca şahsım tarafım tarafından okunmuş ve incelenmiş ve ayrıca şifahi olarak tarafımdan yöneltilen tüm soru ve hususlar Op.Dr..... tarafından ayrıntılı şekilde şahsıma izah edilmiştir.

Talep ettiğim tedavi ve operasyon ile ilgili olarak tüm hususları anladım. Gerekliğinde doktorumdan ek açıklama istedim. Sonuç olarak Op.Dr..... ve kendisinin belirlediği asistan ekibin bana yağ ve doku enjeksiyonları operasyonunu uygulamasını kabul ediyorum.

Ayrıca talep ettiğim tedavi ve operasyon ile ilgili olarak Op.Dr..... ve; belirlediği asistanlarına belgeli;ispatlı şekilde atfedilmeyecek olumsuz neticeler ve risklerin sorumluluğunu üstlendiğimi;bunlar nedeni ile hiçbir şekilde Op.Dr..... asistanları ve ÖZEL MECİDİYEKÖY ÇEVRE HASTANESİ ' ne herhangi bir hak , alacak,şikayet ve tazminat talebinde bulunmayacağımı beyan , kabul ve taahhüt ederim.



HÜCRE SPREYİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.144
Yayın Tarihi:	10.08.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/2

Tarih:...../...../..... Saat:

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi	Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi.
Tel.No:..... İmza:	Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit** Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: