

## LAZER TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.175
Yayın Tarihi:	10.11.2012
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/1

### Sayın Hasta ,Sayın Veli / Vasi

.....Hastalığınızdan ötürü size lazer tedavisi yapılmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde yapacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilernenizi istiyoruz. Lazer tedavisi başlıca vasküler (damarsal) hastalıklar ve hiperpigmentasyon (deri renginde koyulaşma) tedavisinde, epilasyon ve nonablatif (soymadan) deri yenileme amacıyla kullanılmaktadır. İşaretli kutucuk devamında yer alan ilgili tedavi hakkında bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

□**Vasküler lazer**, damarsal hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu hastalıklarda kullanılan lazer ışığı kana rengini veren “oksihemoglobin” i hedef almaktadır. Hastalığın derine yerleşmesi ve kalın olması lazerin ulaşabileceği alanı sınırlandırmaktadır. Uygulanacak hastalığa göre hedef alınan bu maddenin yoğunluğu değişmektedir. Dolayısıyla uygulanan doz ve uygulama seans sayıları kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ayrıca hastalıkların bazıları tamamen tedavi edilebilirken bazılarında kısmi iyileşme görülmektedir. Bu durum tedavi öncesinde her zaman öngörülemezdir.

□**Hiperpigmentasyon tedavisinde lazer**, deri renginde koyulaşma ile giden hastalıkların ortadan kaldırılabilmesi için kullanılmaktadır. Bu hastalıklarda kullanılan lazer ışığı deride bulunan melanin, hemosiderin veya dışarıdan uygulanana dövme pigmentidir. kana rengini veren “oksihemoglobin” i hedef almaktadır. Uygulanacak hastalığa göre hedef alınan bu maddenin yoğunluğu değişmektedir. Dolayısıyla uygulanan doz ve uygulama seans sayıları kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ayrıca hastalıkların bazıları tamamen tedavi edilebilirken bazılarında kısmi iyileşme görülmektedir. Bu durum tedavi öncesinde her zaman öngörülemezdir.

□**Lazer ile epilasyon**, yeni bir yöntemdir. Bu uygulamada, deriye ve kıllara renk veren melanin pigmenti lazer ışığını emerek ısı oluşması sonucunda hedef dokuda yıkım oluşmaktadır. Uygulama bölgesi, kılların rengi, kılların yoğunluğu ve kalınlığı, kişisel özellikler (deri rengi, hormonal bozukluk, daha önce uygulanmış olan tedaviler gibi) ile ilişkili olarak tedaviye alınan cevap değişken olabilir. Nadiren kıllarda artış bile görülebilir. Dolayısıyla uygulanan doz ve uygulama seans sayıları kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ayrıca hastalıkların bazıları tamamen tedavi edilebilirken bazılarında kısmi iyileşme görülmektedir. Bu durum tedavi öncesinde her zaman öngörülemezdir.

□**Lazer ile nonablatif (soymadan) deri yenileme**, yüz bölgesindeki ince çizgilenmeler ve kırışıklıkları azaltmak, sivilce izlerini yüzeyselleştirmek, deri gerginliğini ve canlılığını arttırmak amacıyla yapılmaktadır. Bu uygulamada lazer derinin üst kısmını koruyarak aşağı tabakalarda hasarlanma yaratmakta ve yara iyileşmesi işlemi uyarılmaktadır.

Sonuçta kollajenin yeniden yapılanması ve yeni kollajen üretimi gelişmesi beklenmektedir. Uygulanan doz ve uygulama seans sayıları kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ayrıca hastalıkların bazılarında belirgin iyilik gözlenirken bazılarında yanıt alınmamaktadır. Bu durum tedavi öncesinde her zaman öngörülemezdir. Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi, bu işlemde de bazı komplikasyon riskleri mevcuttur. Lazer uygulamaları sırasında hasta tarafından hasta tarafından hafif veya şiddetli, uygulanan bölgeye göre de değişen değişen şiddette ağrı hissedilebilmektedir. Lazer ile tedavilerde uygulama yapılan yerlerde kızarıklık, şişlik, kabarcık, yara, kabuklanma, kanama veya leke oluşumu ve nadiren iz kalması gibi yan etkiler gözlenebilmektedir. Bu nedenle uygulama sonrasında oluşabilecek kızarıklık ve şişliği azaltmak için gerekirse doktorunuz tarafından soğuk uygulama yapılması, ayrıca güneş gören alanlarda ise güneşten koruyucu ürünlerin kullanılması gerektiğinde nemlendirici ve steroidli kremler de önerilebilir.

Lazer uygulamaları öncesi ve sonrasında solaryum, güneş banyosu ve lazer uygulanacak bölgeyi zedeleyici işlemler ( aşırı suyla banyo yapmak, bu bölgeyi ovalamak, keselemek, soyucu işlemler uygulamak, deri bakımı yaptırmak ve aşırı güneşe maruz kalmak gibi) yan etkileri arttırabildiğinden önerilmemektedir

Kabul ederseniz size doktorunuz tarafından lazer tedavisi uygulanacaktır

Tedavi başarısını arttırmak ve oluşabilecek zararları azaltmak için tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız, uygulamadan sonra gerekli görülebilecek tedavileri düzenli olarak kullanmanız ve kontrollere gelmeniz uygun olacaktır. Ayrıca işlem yapılmadan önce mevcut sistemik hastalıklarınızı ve varsa herhangi bir nedenle kullandığınız ilaçları doktorunuza mutlaka bildiriniz.

### Hastanın beyanı:

Doktorum tarafından İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış



## LAZER TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.175
Yayın Tarihi:	10.11.2012
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/2

değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tedaviyi kabul ediyorum. Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

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

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