



RENUVION UYGULAMA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



Dokuman No:YÖN.RB.234	Yayın Tarihi:04.03.2020	Rev.No:00	Rev.Tarihi:	Sayfa No:2/1
-----------------------	-------------------------	-----------	-------------	--------------

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Tedavi, terapötik amaçlar için subdermal bağ dokularına ısı ile sonuçlanan radyofrekans enerjisi sağlamak için bir helyum plazma cihazı kullanacaktır.

Prosedürüm/işlemim bana tamamen açıklandı. Tıp ve cerrahi uygulamasının kesin bir bilim olmadığını ve sonuçların değişebileceğini anlıyorum. Başlangıçta bir miktar iyileşme olsa da, tam klinik sonuçlar yaklaşık altı ila on iki ay boyunca belirgin olmayabilir ve sonuçlarımın hiçbir garantisi bana verilmemiştir.

Renuvion'un kullanımıyla ilgili deneyimler ve/veya riskler şunları içerebilir:

Nadir olmasına rağmen, aşağıdakilerin bu prosedürün/işlemin olası deneyimleri ve/veya riskleri olduğunu anlıyorum: istenmeyen yanıklar, insizyon bölgelerinin enfeksiyonu, geçici ve geçici krepitus veya ağrı veya geçici sinir hasarı ile sonuçlanan gaz birikimi.

Lokal infiltrasyon anestezisinin kullanılacağını ve ek sedasyonun avantaj ve dezavantajlarının bana açıklanacağını anlıyorum.

Potansiyel olarak birkaç gün ila birkaç hafta sürebilen hafif ila orta derecede şişme sonrası prosedür yaşayabilirim İşlem sırasında ve sonrasında geçici rahatsızlık yaşayabileceğimi anlıyorum.

Bana, Renuvion ile birlikte diğer ürünlerin, teknolojilerin veya prosedürlerin kullanımıyla ilgili ek riskler olabileceği açıklandı.

Doktorum, tarafından bana verilen işlem öncesi ve işlem sonrası talimatlarını takip etmenin önemini anlıyorum ve tüm talimatlara uyulmaması tatmin edici bir sonuç doğurabilir ve / veya komplikasyon riskimi artırabilir.

Üreticinin bu prosedür/işlem için beyan edilen kontrendikasyonları listelemediği halde, doktorumun sağlık geçmişimi Gözden geçirdiğini ve tıbbi geçmişime dayanarak radyofrekans enerjisi ile ilişkili olabilecek herhangi bir "uyarı veya uyarı" konusunda bana tavsiyede bulunduğunu anlıyorum.

Prosedürümden/işlemden önce, sırasında ve sonrasında çekilen klinik fotoğraf ve /veya videoya sahip olmayı kabul ediyorum. Bunların tıbbi kayıtlarımın önemli bir parçası olduğunu anlıyorum. Ayrıca, bu fotoğrafların ve/ veya videoların klinik ve tıbbi eğitim amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Prosedür/işlem, riskler, sonuçlar, komplikasyonlar ve alternatif tedavi yöntemleri sağlayıcılarım tarafından bana tamamen açıklandı ve sorularımın cevaplanması için fırsat verildi. Aşağıdaki imzam, tamamen bilgilendirildiğimi ve listelenen prosedürü/işlemi onayladığımı kabul eder.

İşlemin Tahmini Süresi : – dakikadır

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: İşlem sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Hasta Onamı:

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindim. Lütfen; size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:



RENUVION UYGULAMA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



Dokuman No:YÖN.RB.234

Yayın Tarihi:04.03.2020

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 Tel.No:..... İmza:	Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit**: Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit**: Adı Soyadı:..... İmza: