



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1710
YAYIN TARİHİ	11.12.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/4

PRP (TROMBOSİTTEN ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ PLAZMA) TEDAVİSİ AMELİYATI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Bu form, “trombositten zengin plazma” 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.

Tanı: Trombositten zengin plazma (PRP=plateletrichplasma), kişiden alınan küçük miktardaki kanın özel bir tüpe konularak bir dizi işlemten geçirildikten sonra elde edilen trombositten zengin plazmanın, yine aynı kişiye enjeksiyon yoluyla geri verilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Trombosit denilen kan hücreleri, vücudumuzdaki hasarlı dokuların onarımı ve doğal haline dönüşmelerini sağlamak için gerekli “büyüme faktörlerini” yapısında barındırmaktadır. Eğer dokularımızda herhangi bir hasar olursa bu kan hücreleri, hasarlı dokuya gelerek onarım sürecini başlatırlar. PRP tedavisinde ise normal şartlar altında toplanan trombositlerden daha çok miktarda hücrenin hasarlı dokuda birikmektedir ve böylece onarım süreci hızlı ve güçlü bir şekilde başlamış olur.

PRP yöntemi cilt gençleştirme, yara iyileşmesi, saç dökülmeleri ve sivilce izi tedavilerinde kullanılmaktadır.

Yöntem: Tedavi için hastadan yaklaşık 20cc kan alınır. Özel bir tüpte santrifüj edilir. Bu işlem sonucu plazma içinde normalden daha fazla miktarda trombosit birikmiş olur. Trombositten zenginleştirilmiş bu plazma, aynı kişiye enjeksiyon yoluyla verilir.

Kişinin kendi kan ürünü kullanıldığı için herhangi bir alerjik reaksiyon görülmez. Uygulama 4-6 hafta arayla 3-4 seans yapılmaktadır.

Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1710
		YAYIN TARİHİ	11.12.2013
		REVİZYON NO	00
	ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/4

Alternatifler:

- ... NSAi
- ... İstirahat
- ... Egzersiz
- ... Fizik Tedavi
- ... Cerrahi (Gerekliliğine göre)

Uygulama Riskleri:

Kızarıklık, kanama

Morluk

Enfeksiyon

Allerjik reaksiyonlar

Yanma, kaşıntı

Ödem

Ağrı

Tedavi Olmazsanız: Mevcut şikayetiniz geçmeyebilir, daha artabilir yada geç iyileşebilir.

Enjeksiyon korkunuz varsa lütfen doktorunuzla paylaşınız.

Özel Durumlar:

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.

Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.

Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1710
		YAYIN TARİHİ	11.12.2013
		REVİZYON NO	00
	ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	3/4

En az üç gün öncesinden; ginkobiloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Uygulama alanına temas edilmemesi

Uygulamadan sonra bir gün süreyle banyo yapılmaması

Uygulama günü güneşten korunmak(özellikle cilt bölgesi enjeksiyonu için)

Allerjilerim: (*hasta tarafından yazılacak)



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1710
YAYIN TARİHİ	11.12.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	4/4

Onam Doğrulama:

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.
(*Hasta tarafından tekrar yazılacak)

Cerrahi Alan:

X Uygulanacak Alan:

X Sağ X Sol X Bilateral

Sigara Kullanımı:

X Yok X Bırakalı Ne Kadar Oldu?

X Var X Kaç yıldır: X Günde Kaç Paket:

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____

Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.