



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI
BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMA BİLGİLENDİRME VE ONAM
FORMU

DOKÜMAN KODU	GN.FR.2682
YAYIN TARİHİ	24.11.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TARİHİ	26.01.2018
SAYFA NO	Sayfa 1 / 2

BİLGİLENDİRME TARİHİ :

AD SOYAD :

DOĞUM TARİHİ :

Bu form, botulinum toksinin (botox ve dysport) uygulaması ve bunların olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. 2 sayfadan oluşan formu lütfen dikkatlice okuyunuz.İlgili kutucukları işaretleyerek formu imzalayınız. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz.

Botulinum toksininin ilgili kas içine verilmesiyle uygulanan bir enjeksiyon yöntemidir. Botulinum toksini, çizgileri ve kırışıklıkları oluşturan hareketlerden sorumlu yüz kaslarına çok az miktarda enjekte edilir. Bu enjeksiyon kasları zayıflatır, böylelikle ilgili çizgiler ve kırışıklıklar azaltılır. Cilt yüzeyindeki ince yapı değişiklikleri ve dinlenme halinde mevcut olan çizgiler için çok daha az etkilidir. Kaslardaki gevşeme 3-6 ay kadar sürer, yani etkinin devamı için düzenli bir şekilde tekrar edilmesi gerekir. Hedeflenen kaslara uygulandıktan sonra etkisi 3-5 gün içinde ilerleyici bir şekilde artar ve 10-12 gün içinde tamamlanır. Bu süre boyunca uygulama yapılan bölgelerde asimetri fark edebilirsiniz, ancak ilaç etkisini gösterdikçe bu durum kendiliğinden düzelecektir. Botoks kırışıklık giderme, kol altı terleme ve son dönemde de migren tedavisinde de kullanılmaktadır.

Tam olarak anlaşılamayan nedenlerden ötürü bazı kişiler botulinum toksininin etkilerine karşı daha az duyarlı ve dirençlidir. Bu kişilerde botulinum toksini etkisi beklendiği kadar iyi veya uzun süreli olamayacağı gibi hiç etkisi de görülmeyebilir. Bundan dolayı uygulamanın sonuçlarıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez.

Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum. (**istemiyorsanız lütfen cümlemin üzerini siliniz.**)

LÜTFEN YANITLAYINIZ

Hamilelik riskiniz var mı ? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Emziriyor musunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	İlaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Şeker hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Kol altı bölgesinden ameliyat geçirdiniz mi ? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Kanamaya yatkınlığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Alerjiniz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Sistemik bir enfeksiyon hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Antibiyotik (aminoglikozid) veya kas gevşetici ilaç kullanıyormusunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Migren ataklarınız olur mu? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Daha önce dolgu uygulaması yaptırdınız mı? Evet ise alerji yada beklenmeyen bir olayla karşılaştınız mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
HBsAg, HCV veya HIV pozitifliğiniz var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Aktif Deri hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır. (**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2682
		YAYIN TARİHİ	24.11.2017
		REVİZYON NO	01
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLM DALI BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	26.01.2018
		SAYFA NO	Sayfa 2 / 2

BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- ... Baş ağrısı
- ... Yorgunluk
- ... Bulantı
- ... Morarma
- ... Göz kapağında düşme
- ... Kaşlarda düşme
- ... Çift görme
- ... Kızarıklık, ağrı
- ... Şişlik, kas seğirmesi
- ... Alerjik reaksiyonlar (anafilaksi, ürtiker, nefes darlığı)
- ... Üst solunum yolu enfeksiyonu, nezle

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- ... Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- ... Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- ... En az üç gün öncesinden; ginko biloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar (romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- ... Hamilelikten kaçınınız veya etkili bir gebelik yöntemi kullanınız.
- ... Emzirmekten kaçınınız.
- ... Uygulama sonrasında en az dört saat boyunca yatar konuma gelmeyiniz, öne-aşağıya eğilmeyiniz.
- ... Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız
- ... Kas gevşetici ve antibiyotik kullanmanız gerektiğinde doktorunuza danışınız.
- ... Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulama yapan doktorunuza başvurunuz.

Sizinle ilgili bilgiler (kimlik, rahatsızlık, görülen tedavi) sizin onayınız ve mahkeme kararı olmaksızın açıklanmayacaktır. Kendi dosyanıza bakabilme ve kopyasını alma hakkına sahipsiniz, ancak bu hak üçüncü şahısların dosyasına bakma hakkını içermez. Oluşacak yan etkiler doktorumuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı personeli seçme hakkına sahipsiniz.

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 yanıtladığımı ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (hasta hakları yönetmeliği, Resmi gazete, tarih:01.08.1998; sayı:23420) Doktorumun Botulinum Toksin (BOTOX / DYSPORT) Uygulama işlemini yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

Hasta Adı Soyadı (*)	Tanık Adı Soyadı (**)	Sorumlu Doktor
imza	imza	imza

(*) Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır.

(**) Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır.

*** İndirimli olarak yararlanılan hizmetler arasında değişiklik yapılamaz, indirim hakkı devredilemez. Ödemesi yapılmış hizmetler için tedavi süreci 12 aya kadar dondurulabilir.

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

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.