

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMİN ADI	PRP (TROMBOSİTTEN ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ PLAZMA) TEDAVİSİ
--------------------	-------------------------------------------------------------

AD SOYAD	YAŞ	CİNSİYET
-----------------	------------	-----------------

BİLGİLENDİRME TARİHİ	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.

Trombositten zengin plazma (PRP=platelet rich plasma), kişiden alınan küçük miktardaki kanın özel bir tüpe konularak bir dizi işlemden 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. Tedavi için hastadan yaklaşık 5-10cc 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.

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

LÜTFEN YANITLAYINIZ

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
Hamilelik riskiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama alanında enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emziriyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İlaç kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kanamaya yatkınlığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uygulama öncesinde aspirin veya kan sulandırıcı kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama alanına herhangi bir kozmetik ürün sürdünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBsAg, HCV, HIV pozitifliğiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	—	—			

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.

HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

PRP UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER

- Kızarıklık, kanama
- Morluk
- Enfeksiyon
- Allerjik reaksiyonlar
- Yanma, kaşıntı
- Ödem

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

- Uygulama alanına temas edilmemesi
- Uygulamadan sonra bir gün süreyle banyo yapılmaması
- Uygulama günü güneşten korunulması
- Uygulama sonrası doktorunuzun önerdiği kremlerin kullanılması
- Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen 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 merkezimiz doktorları tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri doktorumuz ve sağlık personelimiz tarafından yapılacaktır. Uygulamalara katılacak yardımcı sağlık personelinin seçme hakkına sahipsiniz. Bize bildirdiğiniz takdirde en uygun personel değişimi sağlanacaktır.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorlarım tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (*Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420*), doktorlarımın **PRP** işlemini yapmalarına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı :

İmza, Tarih :

Doktor Adı :

İmza, Tarih :

Yardımcı Personel* :

*Yardımcı Personel: Merkezimizde çalışan ve gerekli sertifika ve eğitimleri almış hemşire, estetisyen

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.