|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **RADYOFREKANS İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.245** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 1/3** |

Bu form, radtofrekans 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.

Radyofrekans sistemleri; 3 kHz ile 300 MHz frekanslı dalga boyutuna sahip elekromanyetik radyasyondan enerji akımı üretirler. Elde olunan akım hedef dokuya yönlendirilir. Enerji akımı hedef dokuya ulaşınca obölgede ısı yaklaşık 65-75 C0’ye ulaşır. Yöntemin avantajlı tarafı sadece hedef dokudaki (dermis ve derialyı yağ tabakası) ısını yükseltmesidir. Derinin daha yüzeysel alanlarında (epidermiste) ise maksimal ısı 35-40 C0 olur. Dolayısıyla dermiste ısı artışı olurken, epidermis ısınmaz. Bu nedenle tedavisi hedeflenmeyen bölge etkilenmez. Bölgesel ısınma parsiyal kollajenin denatüre olmasına, bunun sonuçunda da kollajenin kontraksiyonuna ve kalınlaşmasına neden olur. Ayrıca, derialtı yağ dokusundaki ısı artışı da yağ dokusunun septalarında bulunan kollajenin parçalanmasına, derialtı dokunun sıkılaşmasına neden olur. Sonuçta hedef bölgede incelme, sıkılaşma ve lifting etkisi gerçekleşmiş olur.

Tedavi sıklığı ve seansları vücut bölgesine ve kozmetik soruna bağlı olarak değişmektedir. Genelde 1-2 hafta ara ile 6-8 seans tedavi uygulanır.

Radyofrekans sistemleri monopolar, bipolar, unipolar ve iğneli sistemlere ayrılır. Radyofrekans sistemleri 2002 yılında FDA tarafından onaylanmıştır.

Radyofrekans sistemleri günümüze kozmetik problemlerin tedavisi amaçlı sık kullanılmaktadır. Örneğin, derideki kırışıklık tedavisi, anti-aging amaçlı, rejuvenasyon, doku sıkılaştırıcı, sellülit tedavisinde yüksek başarı ile uygulanmaktadır.

Radyofrekans uygulaması; genel anestezi gerektirmeyen bir işlemdir. Sadece, işlem bölgesine lokal anestezik kremler kullanılabilir.

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

**RADYOFREKANS UYGULAMASI SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER**

Yan etki sadece geçici olabilen kızarıklıktır. Nadiren geçici ödem (şişlik) de görülebilir.

**TAHMİNİ İŞLEM SÜRESİ :**  yaklaşık 4-6 saat kadar sürer.

**UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

* Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
* Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.

**UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR**

* Hamilelikten kaçınınız veya etkili bir gebelik önleme yöntemi kullanınız.
* Emzirmekten kaçınınız.
* İşlemden sonra günde en az 2 lt. bol bol su içiniz. (selülit tedavisinde)
* Sportif aktivitelere ve diyete devam ediniz. (selülitli tedavisinde)
* 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 personelini 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 doktorlarımın *Radyofrekans Uygulama*işlemini yapmalarına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **OE-AMS-PORT KATATER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.245** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 3/3** |

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım 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: 0 322 454 44 30

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:** Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı. Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı. Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

Hastanın kendi el yazısı ile **(OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM)** diye yazması gerekmektedir.

**NOT**: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

**Tanık :**

Adı-soyadı:

T.C.Kimlik no:

Hastaya yakınlığı :

İmzası:

**Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi:**

Adı-soyadı :

T.C.Kimlik no:

Protokol no:

İmzası:

İmzası

İmzası :

**Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:**

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar ve umulan sonuçlar hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

**Tedavi eden hekim:**

Kaşe-İmza Tarih:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Saat: ...:…..