|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN ADI SOYADI** |  |
| **DOSYA**  **NUMARASI/ TC KİMLİK NO** |  |
| **DOKTOR ADI ADI SOYADI** |  |
| **TARİH** |  |
| Tedaviniz için size uygulanacak yöntem hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Uygulanacak tedavinin yararlarını ve olası komplikasyonlarını öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sağlığınızla ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.  Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir.  Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.  Bu form Botoks uygulamanın olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatli okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda doktorunuz size ek yazılı açıklama verecektir. İşleminiz uzman doktorlar ve asistan doktorlar eşliğinde yapılmaktadır. | |
| 1. **KASILMALAR (SPASTİSİTE) İÇİN UYGULAMA:** | |
| Botoks hemipleji (tek taraflı felç), parapleji (bacaklarda felç), tetrapleji (kollar ve bacaklarda felç), serebral palsi (doğumsal beyin felci) gibi durumlarda bölgesel kasılmaların tedavisinde kullanılan etkili bir tedavidir. | |
| 1. **BOTOKS NEDİR? FAYDALARI NELERDİR?** | |
| Botoks uygulamasında kullanılan madde, Clostridium botulinum adlı bakteri tarafından salgılanan bir proteindir. Bu madde sinirlerden kaslara olan elektriksel iletiyi bloke ederek, uygulanan bölgedeki kasın fonksiyonunu geçici olarak azaltır veya yok eder. Botoks hemipleji (tek taraflı felç), parapleji (bacaklarda felç), tetrapleji (kollar ve bacaklarda felç), serebral palsi (doğumsal beyin felci) gibi durumlarda kasılmalarda fayda sağlamayabilir, geçici fayda sağlayabilir ve etkileri geç başlar. | |
| **3) BOTOKS NASIL UYGULANIR?** | |
| Botoks maddesi çok ince uçlu özel iğneler ile birkaç noktadan kas içine enjekte edilir. | |
| **4) TEDAVİ NASIL UYGULANIR?** | |
| -Hasta yatar veya yarı oturur pozisyona getirilir.  -Enjeksiyonlar, 30 G’lık iğnelerle kas içine 30- 45 derecelik açıyla uygulanır.  -Her noktaya ortalama doz doktor tarafından enjekte edilir (Bu dozu doktorunuz değiştirebilir).  -Tüm uygulama 10-15 dakika sürer. | |
| **5) HASTAYA ÖNERİLER;** | |
| Tedavi sonrası 4 saat uygulama bölgesini kullanmamalıdır. Botoks uygulamasından hemen sonra bölge yıkanabilir. 4 saatten sonra hafif eklem egzersizleri ve germe yapılabilir. Botoks uygulamasından sonra, injeksiyon yapılan bölgelere iki gün masaj yapılmamalıdır. Birkaç gün kaplıca ve saunalara gidilmemesi gerekmektedir. Doktor uygun gördüğü zamanda hasta kontrole çağrılır. | |
| **6) BOTOKS ETKİSİ NE KADAR SÜRER?** | |
| Botoks ’un etkisi uygulamadan 3-7 gün sonra başlar ve bu etki dört-altı ay devam eder. Uygulamaların sayısı arttıkça Botoks ‘un etkisi artabilir. | |
| **7) BOTOKSUN ZARARI VAR MI?** | |
| Botoks 15 yıldır estetik amaçlı olarak kullanılmaktadır. Kas hastalıklarında kullanımı ise çok daha eskiye dayanmaktadır. Amerikan ilaç araştırma dairesi FDA’nın da onayladığı Botoks tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. | |
| **8) BOTOKS UYGULAMALARININ RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI** | |
| -Enjeksiyon bölgesinde kızarıklık, morluk, şişlik(1-2 gün) nadiren sürebilir. -Geçici Baş ağrısı -Ptozis(göz kapağı düşüklüğü): zamanla düzelir.  **Hasta İmza Hekim İmza**  **9) ALERJİ YAPAR MI?** | |
| - Alerjik değildir. Hassasiyet için teste gerek yoktur. | |
| **10) ALTERNATİFİ VAR MIDIR?** | |
| Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Kas gevşetici, İlaçlar. | |
| **11) İŞLEMİNİZ YAPILMAZSA NE OLUR?** | |
| İlgili kas ve Pigmentlerde yeterli gevşeme sağlanması güçleşebilir, eklem çevresinde ve kaslarda kontraktür gelişebilir | |
| **BOTOKS UYGULAMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZASI** | |
| Tarafıma yapılan sözlü ve yazılı açıklamalardan tatmin olduğumu belirtirim. Yapılacak olan tedavi veya ameliyata, daha sonra çıkabilecek durumlarda yapılacak tüm tedavilere, yukarıda listelenen maddelere ve ayni zamanda bana yapılan sözlü ve yazılı açıklamalara, bana/ çocuğuma/ yakınıma uygulanacak ilaçlar, yapılacak tedavi ve uygulamaların, Alanya Alaaddin Keykubat Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğinde; Asistan, Uzm. Dr. , Dr. Öğr. Üyesi, Doç. Dr. ve Prof. Dr. unvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda stajyer diş hekimlerinin yukarıda belirtilen hekimlerin nezareti altında belirtilen tedavileri yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına, kendimde olarak ve irademle onay veriyorum ve ben bu tedaviyi istiyorum.  **Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi “OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM” yazarak belirtiniz ve imzalayınız: ..................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................**  İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İMZA** | | **Hasta / Hasta Yakını\*** |  |  |  | | **Doktor** |  |  |  | | **Tanıklık eden** |  |  |  |   \*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir. | |