

Op. Dr. SAFFET ULUTAŞ

Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

İZİN VE BİLGİLENDİRME FORMU

SAÇ VE SAKAL EKİMİ

**HASTA BİLGİLERİ**

**Tarih:**

**Hasta Adı ve Soyadı:**

**T.C Kimlik Numarası:**

**İrtibat No₁:**

**İrtibat No₂:**

**SAÇ VE SAKAL EKİMİ HASTA ONAM FORMUDUR**

Tarih:

Hastanın;

Ad-Soyadı :

Doğum Tarihi :

Klinik kabul tarihi :

Adresi :

Tel. No :

 Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin;

Adı-Soyadı :

Adresi :

Tel. No :

 Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur.

Saç/sakal ekimi ameliyatı, ensenizdeki saçlı deriden alınan parçanın ya da tek tek alınan greftlerin uygun şekilde hazırlanarak, gerekli görülen alana yerleştirilmesi işlemidir. Bu ameliyatın amacı saçların yok olduğu veya azaldığı bölgelere olabildiğince ekim yaparak şu anki durumdan daha iyi bir görüntüye ulaşmaktır. Hiç saçı dökülmemiş, gür saç yapısına sahip bir görünüme ulaşmak çoğu zaman olanaksızdır. Ulaşılacak sonuç cerrahi yöntemin başarısı kadar saç tellerinizin kalınlığına, şekline, rengine ve saç dökülme miktarınıza bağlıdır. Alınabilecek en iyi sonuca ulaşmak için 2. veya 3 seans operasyon gerekebilir.

Bu ameliyat lokal anestezi altında yapılacaktır. Bu anesteziye bağlı alerji veya ilaç reaksiyonu nadiren de olsa görülmekte ve ölümcül olabilmektedir. Üstelik rutin testlerle duyarlı kişiler önceden saptanamazlar. Ancak bu istenmeyen durumlar önceden alınan tedbirler sayesinde, başarıyla tedavi edilebilirler ve hastaya zarar verecek bir durum olma olasılığı son derece azdır. Ameliyat 3-6 saat kadar sürecektir. Ameliyat sonrası yapılan baş sargısı 2 gün kalacaktır.

Ensedeki verici alanda yara enfeksiyonu ve benzer nedenlerle yara iyileşme sorunu yaşanabilir. Aynı şekilde saç ekimi yapılan yerde saçların çıkış sürecinde , yani operasyondan 2-4 ay sonra minik sivilceler ve abse odakları görülebilir. Ancak saçlı derinin iyi kanlanması nedeniyle bu tip bir sorun olasılığı düşüktür ve olsa bile kolayca iyileşecektir.

Sorunların olasılığını azaltmak için ameliyat sonrasında doktorun önereceği antibiyotik, ağrı kesici ve benzeri ilaçlar aksatılmadan kullanılmalıdır. Ameliyatla ilgili herhangi bir sorun olduğunda, sorunun kaynağını ve çözümünü en iyi değerlendirecek kişi olduğundan, öncelikle ameliyatı yapan doktorla görüşülmelidir.

Ekilen saçlar yaklaşık 3–4 ay sonra çıkmaya başlayacaktır. Ekim yapılan saçların bir kısmı tutmayabilir. Buna bağlı olarak bir kısım ekim yerlerinin izi görülebilir. Ancak bu sorun kişinin görünümünü bozacak ölçüde olmaz.

**ONAM ( RIZA, İZİN)**

 - Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.

- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.

- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

- Doktorumun planladığı girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.

- Bana hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler anlatıldı.

- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.

**Yapılacak cerrahi girişimin mevcut durumumu iyileştirme garantisinin olmadığını ve beklenmedik durumlarla karşılaşıldığında mevcut durumumdan daha kötü bir durumla sonuçlanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.**

TARAFIMA YAPILAN SÖZLÜ VE YAZILI AÇIKLAMALARDAN TATMİN OLDUĞUMU BELİRTİRİM. YAPILACAK OLAN TEDAVİ VEYA AMELİYATA, DAHA SONRA ÇIKABİLECEK DURUMLARDA YAPILACAK TÜM TEDAVİLERE, YUKARIDA LİSTENENEN MADDELERE VE AYNI ZAMANDA BANA YAPILAN SÖZLÜ AÇIKLAMALARA KENDİMDE OLARAK VE İRADEMLE ONAY VERİYORUM VE BEN BU TEDAVİYİ İSTİYORUM.

**Hastanın Adı İmza Tarih**

(Vekil Ve Yakınlık Derecesi)