



VAGİNAL SUBMUKOZAL/SUBÜRETRAL, KLİTORAL, ORGAZM SHOT, O SHOT, G SHOT, VULVAR EROJEN AĞIN PRP ENJEKSİYONU VE ANESTEZİ UYGULAMASI İÇİN ONAM FORMU

Trombositten Zengin Plazma (Platelet Rich Plasma=PRP) kendi vücudunuzdan elde edilip vücudun diğer bölgelerine uygulanılmasında düşük komplikasyon oranı göstermesine rağmen, PRP'yi vajinal yapılara ve klitoris yakınına enjekte etmek yeni bir işlemdir ve bu nedenle bazı beklenmedik yan etkilere veya komplikasyonlara neden olabilir.

PRP; teknik olarak toplardamarınızdan alınacak az bir miktardaki kan bir dizi işlemten geçirildikten sonra elde edilecek trombositten yana zengin plazma yine size bölgesel enjeksiyon yoluyla verilmesi işlemidir. Bu enjeksiyon içinde doku tamiratında yer alan 'büyüme faktörleri' mevcut olup onarım sürecinin hızlı ve etkin bir şekilde olmasını sağlamaktadır.

Bu onam formunda veya potansiyel hastalara aktarılan diğer bilgilerde yer alan hiçbir şey, vaginal submukozal/subüretal, klitoral, Orgazm shot, O shot, G shot,

Vulvar Erojen Ağın PRP enjeksiyonu uygulanan herhangi bir hastanın belirli bir sonuca ulaşacağına dair bir söz, bir güvence veya bir garanti verme amacını taşımaz. Bireysel sonuçlar değişiklik gösterir ve istenen sonucun elde edilememesinden dolayı sorumluluk kabul edilmez.

Bu işlemde PRP uygulamanı 'etiket dışı' (off label) bir kullanımdır ve kullanımı, faydası veya diğer kalitesi ile ilgili herhangi bir taahhüt, beyan, güvence veya garanti verilmemektedir. Bu ürünün kullanımının ve bu işlemin herhangi bir kurumu tarafından onaylandığına dair hiçbir beyanda bulunulmamaktadır.

Uygulama Öncesinde Dikkat Edilecek Noktalar:

- ☑ İşlem için lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz.
- ☑ Uygulama öncesinde herhangi bir alkollü içecek tüketmeyiniz.
- ☑ Herhangi bir ilaç kullanıyorsanız lütfen hekiminizi bilgilendiriniz çünkü bazı ilaçların işlemten önce kesilmesi gerekebilir.
- ☑ Herhangi bir hastalığınız varsa lütfen hekiminiz önceden bilgilendiriniz.
- ☑ Rahat edebileceğinizi bol bir elbise giyiniz. Dar pantolon veya şort gibi giysileri işlem için gelirken giyinmeyiniz.

Uygulama Sonrasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar:

- ☑ İşlem bölgesine en az 1 gün dokunmayınız.
- ☑ İşlemden 4 saat sonra ayakta durabilirsiniz. Duş kısa sürmeli, sabun, duş jeli gibi temizlik ürünleri işlem bölgesine sürülmemek kaydı ile kullanılabilir.
- ☑ İşlem bölgesinin en az 4 saat kuru tutulmasına özen gösteriniz.
- ☑ İşlemden sonraki ilk 4 saat cinsel ilişkiden kaçınmanız faydalıdır.
- ☑ Cinsel haz artışı işlemten hemen sonraki bir kaç gün içinde belirginleşebilir.

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız! İMZA:.....



- ❑ İşlem sonrasında hekiminizin önerebileceği ilaçları lütfen kullanınız.
- ❑ Anormal bir kanama, aşırı ağrı gibi beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen doktorunuza başvurunuz.

A.İŞLEM İÇİN ONAM

Durumum, önerilen tedavi, alternatif tedaviler ve ilgili riskler hakkında bilgi aldım. Bu form, bu bilgilerin kısa bir özetini içerir. Bilmediğim terimlerle ilgili bir açıklama aldım ve bana soru sorma fırsatı sunuldu. Kabul etmeyi reddedebileceğimi anlıyorum ve önerilen işlemlerle ve aşağıda vurgulanan konularla ilgili olarak BİLGİLENDİRİLMİŞ VE GÖNÜLLÜ ONAMI VERİYORUM. Ayrıca, bir işlem esnasında belirlenen herhangi bir ek işlemin benim yararına olacağına ve gecikmenin sağlığıma bozabileceği durumlarda uygulanmasına izin veriyorum.

1. Dr. _____'yi, teşhis ve tedavime yönelik olarak aşağıda açıklanan işlemlerin gerçekleştirilmesi ve gerekli fotoğrafların çekilmesi dahil, yetkilendiriyorum.

2. Önerilen işlem (leri) şu şekilde anlıyorum: Vaginal submukozal/subüretral, Klitoral, Orgazm shot, O shot veya vulvar erojen ağına trombosit zengin plazma enjeksiyonu.

3. Önerilen işlem(ler) ile ilişkili riskleri anlıyorum:

- *Kanama
- *İşlemin etkisiz olması
- *G Noktasının sürekli farkındalığı
- *Her zaman cinsel olarak uyarılma hissi
- *Sürekli vajinal ıslaklık
- *G noktası ile ilgili olarak sürekli düşünme (zihinsel meşguliyet)
- *Cinsel işlev değişikliği
- *Hematoma veya morarma
- *Hematüri (kanlı idrar)
- *Vajinal duyarlılığın değişmesi (genellikle daha yoğun bir zevkle)
- *Hiperseksüalite (aşırı aktif cinsel dürtü)
- *Kadın cinsel yanıt döngüsünün değişmesi
- *Değişik sonuçlar
- *Cinsel yaşam değişikliği

4. Aynı zamanda bilinen veya bilinmeyen nedenlere bağlı olarak başka RİSKLER veya KOMPLİKASYONLAR veya CİDDİ YARALANMALAR olabileceğini anladım.

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız! İMZA:.....



Tıp ve cerrahi pratiğin kesinlik arzeden bir bilim olmadığına bilincindeyim. İşlemin riskleri ile ilgili olarak şahsıma herhangi bir garanti veya güvence verilmediğini bildiririm.

5. Önerilen işlemin (lerin) alternatiflerini ve ilgili riskleri anlıyorum.

B. ANESTEZİ ONAMI

1. Hekim tarafından lokal anestezi ve/veya sedasyon kullanıldığında: Bakımından sorumlu doktor tarafından gerekli görülebilecek lokal anesteziklerin uygulanmasına izin veriyorum. Lokalanestezinin risklerinin şunları içerdiğini anlıyorum: bölgesel rahatsızlık, şişme, morarma, ilaçlara alerjik reaksiyonlar ve lidokain kullanılmasına bağlı kasılma nöbetleri.

C. HASTA BELGESİ

Aşağıyı imzalayarak 18 yaşında veya daha büyük olduğumu ya da rıza vermeye yetkili olduğumu belirtiyorum. Bu formun içeriğini okudum veya bu formun içeriği bana detaylıca açıklandı. Bu formdaki bilgileri anlıyorum ve yukarıda açıklananlara ve bana açıklananlara onay veriyorum.

Hastanın Adı Soyadı, İmzası ve Tarih

_____ / _____

D. HEKİM ONAYI

Yukarıda imzası bulunan kişi veya kişilere işlem(ler), alternatif(ler)i ve riskleri açıkladım. Hasta bu formun içeriğini anladığını bana sözlü olarak iletmıştır.

Onayı Alan Hekimin Adı Soyadı, İmzası ve Tarih

_____ / _____

E. TERCÜMAN ONAYI (varsa)

Yukarıda imzası/imzaları atılan kişiye(lere) metnin tam tercümesini sağladım.

Tercümanın Adı Soyadı, İmzası ve Tarih

_____ / _____

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız! İMZA:.....