Sayın hastamız lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz:

• Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi veya cerrahi tedavi, girişim veya tanısal girişim (bundan sonra "İşlem" olarak tanımlanacaktır) hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. • Önerilen işlem hakkındaki bilgi aydınlatılmış onam (rıza) formun bölümlerinde mevcuttur. • Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

• İşlem kim/ler tarafından yapılacağı, beklenen faydaları, olası riskleri ve süresini öğrendikten sonra yapılacak işleme onam vermek veya vermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• İşlem için onam vermiş olsanız bile; tıbbi yönden bir sakınca yok ise, istediğiniz zaman geri çekme hakkına sahipsiniz.

• Önerilen işleme onam vermemeniz veya geri çekmeniz durumunda formun ilgili bölümünü doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir.

• Sözel olarak anlatılanlar ve bu formda belirtilenlerden başka sorularınız varsa bu soruları bilgilendirme yapan hekime sorabilirsiniz.

Hastalık hakkında bilgi: Hastalığınızdan ötürü size intralezyonel kortikosteroid tedavisi yapılmasını uygun görüyoruz. Bu işleme siz işlem için uygun koşulları sağladığınız ve işlemi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu işlemden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve işlem hakkında bilgilenmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu işlemin yapılmasını kabul ederseniz formu imzalayınız

İşlemin tanımı:İntralezyonelkortikosteroid uygulaması derinizdeki hastalıklı bölgelere, belirli oranlarda serum fizyolojik veya lokal anestezik maddeler ile seyreltilmiş kortizonun deri içine enjekte edilmesi işlemidir. Bu işlem, bazı saç hastalıklarında, keloid, liken, sedef, prurigonodülaris vb. gibi bazı deri hastalıklarında uygulanmaktadır

İşlemin kim/kimler tarafından yapılacağı: .....

1. İşlemden beklenen faydalar:İşlem sayesinde deri bariyeri aşılarak kortizon ilacı hastalıklı deri bölgesine uygulanabilmektedir. Böylece hem etki artmakta, hem de sistemik steroidlerin (ağızdan, kas içi veya damardan alınan) yan etkilerinden kaçınılmış olmaktadır.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar: Bu işlemi yaptırmayı reddedebilirsiniz. İşlemin yapılması isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. İşlem yapılmaması halinde hastalığınız sebat edebilir veya ilerleyebilir.

3. İşlemin varsa alternatifleri: Hastalığınıza göre doktorunuzun uygun gördüğü alternatif sistemik veya yerel uygulanan tedavilere geçilebilir.

4. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlem de bazı potansiyel risklere sahiptir. Bunlar; kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalma, uygulanan uyuşturucu maddeye bağlı allerjik reaksiyonlar, kılcal damar genişlemeleri ve deride incelme, çöküklük oluşumunu içermektedir. İşlemden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. İşlem süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

5. İşlemin tahmini süresi:İşlemin süresi hastalığın türüne ve yaraların sayısına göre yaklaşık 10-15 dakika arasında değişebilmektedir.

6. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri: İşlemde uygulanan kortizon (genellikle triamsinolonasetonid) iltihabı ve aşırı yara dokusu oluşumunu baskılayıcı özelliğe sahiptir. Kortizon genellikle geçici bölgesel uyuşma sağlayan lokal anestezik maddeler (lidokain, prilokain vb.) ile karıştırılarak deriye enjekte

edilmektedir. Bu maddelere karşı bilinen alerjiniz, ek hastalıklarınız ve kullandığınız ilaçlar hakkında hekiminizi bilgilendirmeniz uygun ilaçların kullanımını sağlayacaktır.

7. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:Varsa ek hastalıklarınız ve kullandığınız ilaçlarla ilgili hekiminize bilgi veriniz.İşlem sonrası pansumana gerek yoktur, bölgenin temiz tutulması yeterlidir.

8. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:Müdahale birimimizde mesai saatlerinde doktorlar ve diğer tecrübeli sağlık personeli hizmet vermekte olup sorularınız için başvurabilirsiniz veya ilgili telefon numaralarından arayabilirsiniz. Mesai saatleri dışında acil olduğunu düşündüğünüz bir durum varsa en yakın acil servise başvurunuz.

9. Hastaya özgü durumlar (Kullandığı ilaç/lar, hastalıkları, diyet katkı maddeleri, bitkisel ilaçlar, vb. varsa açıklayınız. Yok ise "Yok" olarak belirtiniz

……
……

10. HASTA, VEKİLİ, VELİSİ veya VASİSİNİN ONAMI

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir işlem yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, işlemi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir işlem yapılabileceğini, işlemin maliyeti hakkında ilişkin tüm sorularımı yanıtladı. İşlem' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususlarda bilgilendirildim ve anladım.

Yukarıda açıklanan işlemin üzerimde veya yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan işlemi kabul ediyor, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave işlemin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Önerilen işlem yöntemlerini reddetme, sonlandırma ve geri çekme hakkım olduğu tarafıma bildirildi.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

☐Bu formda tanımlanan işlemin ☐ **Başkasına bilgi verilmesini istiyorum.**

Bilgi verilmesi istenilenin kişinin; Adı-Soyadı / Adresi / Telefonu

uygulanmasını **KABUL**

EDİYORUM.

Aşağıda boş bırakılan alana "okudum, anladım, kabul ediyorum, onam formunun bir nüshasını elden teslim aldım." yazınız ve imzalayınız. (Bu bölüm hastanın / yasal temsilcisinin kendi el yazısı ile yazılmalıdır.)

Hasta Adı Soyadı **Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Adı Soyadı**

İmza Tarih Saat Kaşe İmza Tarih Saat

Yasal temsilcisinden onam alınma nedeni **Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi**

• Bilinci kapalı • 18 yaşından küçük İmza Tarih Saat • Karar verme yetisi yok • Acil

• Hasta Tarafından Yetkilendirilmiş

Şahit Adı Soyadı **Tercüman Adı Soyadı / Telefonu**

İmza Tarih Saat İmza Tarih Saat

halinde

İhtiyaç

☐ İşlemin uygulanmasını KABUL ☐Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm ETMİYORUM.
olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak Adı Soyadı / İmza / Tarih / Saat kendi rızamla
GERİ ÇEKİYORUM.

İmza / Tarih / Saat

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınmalıdır.

.....