Sayın hastamız:

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi 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.

1. Hastalık hakkında bilgi: Hastalığınızdan ötürü size kriyoterapi tedavisi başlanmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilenmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

2. İşlemin tanımı: Kriyoterapi, deride hastalıklı bölgenin soğuk bir madde (genellikle sıvı azot) püskürtülerek dondurulması işlemidir.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı: Bu işlem genellikle hekim tarafından uygulanmaktadır.

4. İşlemden beklenen faydalar:İşlem sayesinde hastalıklı doku (siğil, aktinik keratoz, skin tag denilen deri uzantıları) tahrip olacak, ardından iyileşme süreci gerçekleşecektir.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar: Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz. İşlemin uygulanmaması durumunda var olan hastalığa ait lezyonların sebat etmesi, büyümesi, yayılması gibi sorunlarla karşılaşılabilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri: Doktorunuzun hastalığınıza göre uygun görmesi halinde küretaj, koterizasyon, lazer, trikloroasetik asit/podofilin uygulamaları gibi alternatifler bulunmaktadır.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlem de bazı potansiyel risklere sahiptir. Uygulama esnasında ağrı duyabilirsiniz. Ağrıya bağlı olarak tansiyonunuzun düşmesi durumunda gerekli olan tıbbi müdahale doktorunuz tarafından yapılacaktır. İşlem sonrasında ilk 24 saat içinde uygulama bölgesinde su veya kan toplanması görülebilir. Doktorunuz tarafından verilmiş olan kremi bu bölgeye uygulayınız. Bunların dışında işlem sonrasında yara yeri enfeksiyonu ve ağrı gelişebilir, ciltte renk değişiklikleri ve his kayıpları görülebilir, yara izi ile sonuçlanabilir. Kriyoterapi uygulaması bazen birkaç seans tekrar gerektirebilir. Bu durumlarda doktorunuzun size belirttiği aralıklarla kontrol muayenenizi yaptırınız. Tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

8. İşlemin tahmini süresi:İşlem hastalığın türüne göre yaklaşık 10-15 dakika sürebilmektedir.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:İşlemde kullanılan madde (genellikle sıvı azot) dokuda hızlı soğuma ve donma sağlamaktadır.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri: Soğuk ürtikeri, bazı kan hastalıkları (kriyoglobulinemi, kriyofibrinojenemi vb.), dolaşımsal problemler başta olmak üzere bilinen hastalık ve kullandığınız ilaç varsa doktorunuza bildiriniz. İşlem sonrası doktorunuz tarafından önerilecek pansumanın uygun şekilde yapılması gerekmektedir.

11. 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.

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

.....

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 uygulanmasını **KABUL EDİYORUM.**

Aşağıda boş bırakılan alana "**okudum, anladım, kabul ediyorum."** yazınız ve imzalayınız.

.....

☐ İşlemin uygulanmasını **KABUL ETMİYORUM**. ☐Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla **GERİ ÇEKİYORUM.**

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

GEREKLİ HALLERDE	
Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi İmza Tarih Saat	**Tercüman Adı Soyadı / Telefonu** Saat İmza Tarih
ZORUNLU ALAN	
Hasta Adı Soyadı Saat İmza Tarih	**Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Adı Soyadı** Kaşe/İmza Tarih Saat