• 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.

1. Hastalık hakkında bilgi: Hastalığınızdan ötürü size shave biyopsi yapılmasını uygun görüyoruz. Bu işleme siz biyopsi için uygun koşulları sağladığınız ve işlemi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu işlemden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve biyopsi hakkında bilgilenmenizi istiyoruz.

2. İşlemin tanımı: Bu işlem, derinizden doktorunuzun uygun göreceği yer, şekil ve büyüklükte bir parça alınması işlemidir ve mikroskobik inceleme yapmak amacıyla yapılmaktadır.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:

.....
.....

4. İşlemden beklenen faydalar: Deri hastalıklarının tanısında mikroskobik inceleme önemli yer tutmaktadır ve bu inceleme için biyopsi işlemiyle derinizden örnek alınması gerekmektedir. Bu inceleme sayesinde mevcut hastalığınıza daha net tanı konacak, ayırıcı tanı yapılabilecek ve sonrasında olası tedavisi planlanacaktır.

5. 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. Fakat biyopsi alınmadığı takdirde doktorunuz tarafından hastalığın teşhisini koymak zor olacaktır. Teşhisin konulamaması ise hastalığın doğru bir şekilde tedavi edilmesini etkileyebilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri: Yoktur.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlem de bazı potansiyel risklere sahiptir. Bunlar; kanama, yara yeri enfeksiyonu, biyopsinin yapıldığı deri alanında iz kalma, uygulanan lokal anestezik maddeye bağlı alerjik reaksiyonlar, parça alınan bölgenin altındaki ve yanındaki doku ve organlarda hasar ve yara yerinde ağrıyı içerir. İşlemden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. İşlem süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

8. İşlemin tahmini süresi: Yaklaşık 5 dakikadır.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri: Deri biyopsilerinde işlem öncesi kısa sürede etki ederek geçici bölgesel uyuşma sağlayan lokal anestezik maddeler (lidokain, prilokain vb.) deriye enjekte edilmektedir. Bu maddelere karşı bilinen alerjiniz, ek hastalıklarınız ve kullandığınız ilaçlar hakkında hekiminizi bilgilendirmeniz uygun ilacın kullanımını sağlayacaktır.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri: Varsa kullandığınız kan sulandırıcı, bitkisel ilaçlar ve gıda takviyeleri konusunda hekiminize bilgi veriniz. Çünkü bu maddeler kanama riskini artırabilir, ek önlemler alınacaktır. İşlem sonrası doktorunuz tarafından önerilecek pansumanın uygun şekilde yapılması ve bölgenin iki gün su ile temas ettirilmemesi 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.

Aşağıda boş bırakılan alana “okudum, anladım, kabul ediyorum, onam formunun bir nüshasını elden teslim aldım.” 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; 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.

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