Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

HASTALIĞIN TANIMI: Şikâyet ve belirtilerinizin alerjik bir nedene bağlı olup olmadığı anlamak için yapılan deri testleridir. Kolay uygulanması, güvenilir olması ve kısa sürede sonuç belli olması nedeni ile alerjik hastalıkların tanısında ilk sırada tercih edilen bir yöntemidir.

Alerjik deri testleri farklı yöntemlerle (prick/ intradermal/ yama testi) uygulanabilir. Sizin şikâyet ve belirtilerinize göre bu yöntemlerden hangisinin kullanılacağını doktorunuz belirleyecektir. En sıklıkla deri prick testi (deri çizme testi) kullanılmaktadır.

Test için ‘’alerjen’’ adı verilen alerjik reaksiyona neden olan maddeler kullanılmaktadır. En sık kullanılan alerjenler ev tozu akarı, polenler, küf mantarları, kedi ve köpek alerjenleri, gıda alerjenleri, lâteks (doğal kauçuk,) arı zehiri alerjenleridir. Sizin şikâyet ve belirtilerinize göre doktorunuz tarafından alerjenler seçilerek kullanılmaktadır. Ek olarak sonuçların doğru olarak değerlendirilebilmesi için pozitif (histamin) ve negatif (alerjen içermeyen madde) kontrol maddeleri de kullanılmaktadır.

Alerjenler ön kol iç kısmına veya sırt bölgesine aralarında en az 2 cm mesafe kalacak şekilde sırasıyla damlatılır ve steril sivri uçlu özel tıbbi maddeler ile derinizin en üst kısmında bir çizik oluşturulur. 15-20 dakika beklenir ve belli ölçülerde kızarıklık-kabarıklık oluşması durumunda test pozitif kabul edilir.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Şikâyet ve belirtilerinizin alerjik bir nedene bağlı olup olmadığı anlamak için yapılan deri testleridir. Kolay uygulanması, güvenilir olması ve kısa sürede sonuç belli olması nedeni ile alerjik hastalıkların tanısında ilk sırada tercih edilen bir yöntemidir

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Kan testiyle alerji araştırması yapılabilir

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Testi yaptırmak istemediğinizde alternatif olarak kanda alerji aranabilir. Ancak bu işlem daha pahalı olup, sonuçların çıkması için zamana ihtiyaç vardır. Kanda alerji araştırması öncelikle ilaç kullanımı, ağır alerjik hastalık, hamilelik gibi nedenlerle deri testi yapılamayanlarda tercih edilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI: Herhangi bir istenmeyen durum görülme sıklığı oldukça azdır. Çok duyarlı/ hassas hastalarda deri yanıtı abartılı olabilir ve testin uygulandığı bölgede gözlenen kızarıklık ve kabarıklık büyük olabilir ve kaşıntı rahatsız edebilir. Son derece nadir olmakla birlikte yaşamı tehdit edici durumların geliştiği de bildirilmiştir.

Alerji deri testi esnasında alerjik şok ihtimali bulunduğundan, testlerin bu konuda eğitimli kişiler tarafından, her türlü müdahale ortamının bulunduğu ve test sonrasında yaklaşık 30 dakika doktor gözetiminde bulunabileceğiniz merkezlerde yapılması gereklidir.

6. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ortalama 40-60 dakikadır.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA 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.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum " yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)