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.

1. Hastalık hakkında bilgi:Küretaj, deride tanı konulmuş bazı lezyonların tedavisinde uygulanan cerrahi bir yöntemdir. Bu işlem genellikle yüzeyel, sınırlı ve lokalize deri lezyonlarında tercih edilir. Lezyonun üzerindeki ölü veya hastalıklı dokunun uzaklaştırılması amaçlanır. Böylece hem mevcut lezyon tedavi edilir hem de uygulanan diğer tedavilerin etkinliği artırılır

2. İşlemin tanımı:Küretaj işlemi, doktor tarafından tanısı konulmuş deri lezyonunun cerrahi olarak kazınarak uzaklaştırılması işlemidir. Bu işlem sırasında lezyonun üzerindeki ölü tabaka ve hastalıklı doku temizlenir. Küretaj sonrası uygulanan medikal tedavilerin lezyona daha iyi nüfuz etmesi sağlanır. İşlem, hastalığın daha etkili şekilde tedavi edilmesini amaçlar.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:……
……

4. İşlemden beklenen faydalar:Küretaj işlemi ile lezyon üzerindeki ölü ve hastalıklı dokunun uzaklaştırılması sağlanır. Bu sayede uygulanan medikal tedavilerin lezyona daha etkili şekilde nüfuz etmesi mümkün olur. Tedavinin etkinliği artar ve iyileşme süreci desteklenir. Bazı durumlarda lezyonun tamamen ortadan kaldırılması sağlanabilir.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar:Küretaj işlemi uygulanmadığında, doktor tarafından planlanan tedaviden beklenen yarar sağlanamayabilir. Lezyon üzerindeki ölü veya hastalıklı dokular yerinde kalacağı için tedavinin etkinliği azalabilir. Bu durum iyileşme sürecinin uzamasına veya tedaviye yanıtın yetersiz olmasına yol açabilir. Lezyonun seyrinde düzelme görülmeyebilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri:Küretaj işlemi, doktor tarafından tanısı konulmuş lezyonun tedavisinde uygun görülen yöntemlerden biridir. Bazı durumlarda yalnızca medikal tedaviler veya farklı cerrahi yöntemler tercih edilebilir. Hangi yöntemin uygulanacağı lezyonun tipi, yerleşimi ve özelliklerine göre değişiklik gösterebilir. Alternatif tedavi seçenekleri konusunda değerlendirme doktorunuz tarafından yapılır.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Küretaj işlemi sırasında veya sonrasında kanama, morarma, yara yerinde enfeksiyon ve iz kalması gibi komplikasyonlar gelişebilir. Uygulanan lokal anesteziye veya kullanılan dikiş materyaline bağlı alerjik reaksiyonlar görülebilir. İyileşme sonrası işlem bölgesinde kalıcı renk değişikliği, his kaybı veya lezyonun tekrarlaması mümkündür. Nadiren işlem yapılan alana komşu doku ve organlarda kısmi hasar oluşabilir.

8. İşlemin tahmini süresi:Küretaj işlemi genellikle kısa sürede tamamlanan bir cerrahi girişimdir. İşlemin tahmini süresi 10–15 dakika arasında değişmektedir. Hazırlık ve işlem sonrası bakım süresi bu süreye eklenebilir. İşlem ayaktan uygulanır ve genellikle aynı gün taburculuk sağlanır.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:Küretaj işlemi sırasında gerek görüldüğünde bölgenin uyuşturulması amacıyla lokal anestezik ilaçlar kullanılabilir. Bu ilaçlar işlemin daha konforlu yapılmasını sağlar ve etkileri kısa sürelidir. Nadir durumlarda lokal anesteziklere veya kullanılan dikiş materyaline bağlı alerjik reaksiyonlar gelişebilir. İşlem sonrasında doktorun uygun gördüğü medikal tedaviler lezyon bölgesine uygulanabilir.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:Küretaj sonrası işlem yapılan bölgenin temiz ve kuru tutulması enfeksiyon riskini azaltır. Yara yerinin travmadan korunması ve doktor tarafından önerilen bakım ve tedavilere uyulması iyileşme sürecini destekler. İşlem sonrası kanama riskini artırabilecek ilaçlar kullanılıyorsa bu durum sağlık ekibiyle paylaşılmalıdır. İşlem alanında kızarıklık, artan ağrı, akıntı veya şişlik gelişmesi halinde tıbbi destek alınması uygun olur.

11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:İşlem sonrası kanama, ağrı artışı, kızarıklık, akıntı veya enfeksiyon bulguları gelişmesi durumunda Dermatoloji Polikliniği ile iletişime geçilebilir. İşlemi yapan hekim veya ilgili sağlık personelinden tıbbi destek alınabilir. Kontrol muayeneleri için poliklinik başvurusu yapılabilir. Acil bir durum gelişmesi halinde en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

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 ☐ Başkasına bilgi verilmesini istiyorum.

uygulanmasını KABUL EDİYORUM. Bilgi verilmesi istenilenin kişinin; Adı-Soyadı / Adresi / Telefonu

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

Saat

İmza Tarih Kaşe İmza Tarih Saat

Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi

Yasal temsilcisinden onam alınma nedeni

Saat

İmza Tarih

• Bilinci kapalı • 18 yaşından küçük

• Karar verme yetisi yok • Acil

• Hasta Tarafından Yetkilendirilmiş

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

İhtiyaç halinde

Saat

İmza Tarih

Saat

İmza Tarih

☐ İşlemin uygulanmasını KABUL ETMİYORUM. ☐Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler

Adı Soyadı / İmza / Tarih / Saat ve risklerin farkında ve bilincinde olarak 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.