• 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 gerektiğinde öncesinde üzerine kazıma (küretaj) işlemi yapılarak Canthacur (cantaridin)/TCA (triklorasetik asit) isimli ilacın uygulanmasını uygun görüyoruz. Sizin bu işlemden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve işlem hakkında bilgilenmenizi istiyoruz.

2. İşlemin tanımı: Bu işlemin amacı doktorunuzun tanı koyduğu lezyona, gerektiğinde öncesinde üzerine kazıma (küretaj) işlemi yapılarak Canthacur (cantaridin)/TCA (triklorasetik asit) isimli ilacın uygulanmasıdır.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:

.....

4. İşlemden beklenen faydalar: Bu yöntem ile hastalığınıza ait deri lezyonlarının tahrip edilerek ardından iyileşme sağlanması beklenmektedir.:

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. İşlemin uygulanmaması durumunda var olan lezyonların sebat etmesi, büyümesi, yayılması gibi sorunlarla karşılaşılabilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri:İşlemin doktorunuzun önerebileceği kriyoterapi, koterizasyon gibi alternatifleri mevcuttur.Yanıt alınamaması durumunda doktorunuzun önerisiyle alternatif diğer tedavilere geçilebilir.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi bu işlemin de bazı risk ve gelişebilecek komplikasyonları bulunmaktadır. Uygulanan ilaç güçlü bir madde olduğu için uygulama bölgesinde şişlik, kızarıklık, ağrı gelişebilir. İlerleyen zamanda uygulama bölgesinde içi sıvı dolu kabarcık, ülserasyon, yara oluşacaktır. Bazı tedaviler sonrası uygulama yerinin çevresinde halka şeklinde siğil oluşumu gözlenebilir, bu durum kontrol muayenenizde mutlaka doktorunuz tarafından değerlendirilecektir.

8. İşlemin tahmini süresi:İşlemin tahmini süresi lezyonlarınızın yaygınlığına göre 2-5 dk arasında değişmektedir.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri: Canthacur deride yüzeyel bir ayrışma sağlayarak hastalıklı bölgenin altında küçük bir sıvı dolu kabarcık oluşumu ile etki etmektedir. TCA ise asidik yapıda bir madde olup hastalığa ait lezyonu tahrip edici özelliği ile iyileşme sağlamaktadır.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri: Uygulama sonrası doktorunuzun önerisiyle uygulama bölgesine ortalama 4-6 saat su değmemesi gerekmektedir, sonrasında uygulama yapılan bölge bol suyla yıkanmalıdır..

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; 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** İmza Tarih Saat
ZORUNLU ALAN	
Hasta Adı Soyadı İmza Tarih Saat	**Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Adı Soyadı** Kaşe/İmza Tarih Saat