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 uygulanmasa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

HASTALIĞIN /İŞLEMİNTANIMI: Deri punch biyopsi

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Punch biyopsi deri hastalıklarının tanısında yol gösterici bir işlemdir.

- Bu işlem sırasında derinizden bölgesel anestezi altında 3-4mm çaplarında (mercimek büyüklüğünde) deri örneği alınır.
- Bu örnek patoloji uzmanları tarafından değerlendirilerek neticesinde hastalığınızın tanısı kesinleştirilebilir ve şüpheli görüntü veren diğer hastalıklardan daha kolay ayırt edilebilir. İşlemden bir gün sonra pansuman yerinizi açıp, yara bandı kapatabilirsiniz.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Bu biyopsinin yapılması tanı açısından gerekmektedir.İşlemin yapılmaması durumunda tanı

konulmasında gecikme olabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Biyopsi işleminin alternatifi yoktur.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI: Bu işlem sırasında sorun yaratabilecek anestezi alerjisi, gebelik durumları söz konusu ise veya aspirin ve benzeri kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyorsanız doktorunuzu mutlaka bilgilendirmeniz gerekir.

- İşlem sonrasında biyopsi yerinde küçük bir iz kalabilir.
- İşlemden sonra patoloji sonuç kağıdı ile birlikte tekrar doktorunuza kontrole gelmeniz gerekir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: İşlem süresi 15 dakika ile yarım saat arasında değişmektedir.

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

Bu testi yaptırmadan önce 1 hafta süreyle aspirin türevi ilaçlar ve Kumadin, Warfarin gibi

antikoagülan ilaçlar (kan sulandırıcı ilaçlar) almamış olmanız gerekmektedir. Özellikle sistemik ve krem şeklinde kortizon içeren ilaçlar kullanıyorsanız mutlaka doktorunuzu bilgilendiriniz.

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

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 : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: 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)