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: Derinizde bulunan lezyonun tanısının doğrulanabilmesi için patolojik incelemeye ihtiyaç vardır. Klinik muayene ve dermoskopik değerlendirme çoğu zaman yol gösterici olsa da bazı durumlarda kesin tanıya ulaşmak için cerrahi biyopsi gerekmektedir. Bu nedenle lezyonunuzun tamamından (eksizyonel biyopsi) veya bir kısmından (insizyonel biyopsi) doku örneği alınması uygun görülmüştür.

2. İşlemin tanımı: Eksizyonel biyopsi, lezyonun tamamının hekimin uygun gördüğü cerrahi sınırlarla birlikte, gerekirse çevresindeki bir miktar sağlam doku ile beraber çıkarılması ve sonrasında dikişle kapatılması işlemidir. İnsizyonel biyopsi ise lezyonun tanı için yeterli olan bir kısmının epidermis, dermis ve gerektiğinde subkutan dokuyu içerecek şekilde çıkarılmasıdır. Her iki işlem lokal anestezi altında yapılır; alınan doku örnekleri formol solüsyonuna konularak dermatopatolojik incelemeye gönderilir.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı: İşlem, bu konuda eğitim almış dermatoloji uzmanı hekim tarafından yapılacak; sterilizasyon, cerrahi alet kullanımı ve pansuman işlemleri sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilecektir.

4. İşlemden beklenen faydalar: Bu işlem, lezyondan alınan doku örneğinin mikroskobik incelemesiyle kesin tanıya ulaşmayı sağlar. Eksizyonel biyopside lezyon aynı zamanda tedavi amaçlı olarak tamamen çıkarılmış olur. Doğru tanının konulması hastalığın doğru şekilde yönetilmesini ve uygun tedavi planının yapılmasını mümkün kılar.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar: Biyopsi yapılmadığında tanı koymak güçleşebilir veya mümkün olmayabilir. Bu durumda hastalığın ilerlemesi, lezyonun büyümesi, yayılması ya da erken tedavi şansının kaybedilmesi gibi olumsuz sonuçlar gelişebilir. Biyopsiyi reddetmeniz tıbbi bakım hakkınızı etkilemez; ancak tanı konulamaması tedavi sürecinizi negatif etkileyebilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri: Bazı lezyonlarda dermoskopi veya klinik izlem gibi non-invaziv yöntemler yardımcı olabilir, ancak tanıda kesin sonuç için çoğu zaman biyopsi gereklidir. Tanısal açıdan biyopsi işlemine tam bir alternatif bulunmamaktadır; eksizyonel veya insizyonel yöntemler arasında seçim hekim tarafından lezyonun yapısına göre yapılır.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları: Cerrahi biyopsilerde kanama, hematom, enfeksiyon, ağrı, morarma, dikiş açılması, dikiş materyaline bağlı reaksiyon, yara dudaklarında potluk, geçici veya kalıcı iz gelişimi, hipertrofik skar veya keloid oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Nadiren sinir ya da küçük damar

hasarı gelişebilir. Lokal anesteziklere karşı allerjik reaksiyon oluşabilir. Yara iyileşmesi bölgeye, doku gerginliğine ve kişisel yara iyileşmesi özelliklerine göre değişiklik gösterebilir.

8. İşlemin tahmini süresi: Biyopsi işlemi, lezyonun büyüklüğüne ve türüne bağlı olarak genellikle 15–30 dakika sürmektedir.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri: İşlem sırasında lokal anestezik ilaçlar kullanılacaktır. Bu ilaçlar ağrı kontrolünü sağlar ve genellikle güvenlidir; ancak nadiren alerjik reaksiyon görülebilir. İşlem sonrası

hekiminiz gerek görürse antibiyotikli pomad veya ağrı kesici ilaçlar önerebilir.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri: Biyopsi sonrası yara bölgesinin temiz ve kuru tutulması, verilen pansuman talimatlarına uyulması önemlidir. Yara üzerine baskı, travma veya gerginlik uygulanmamalıdır. Dikişler alınana kadar düzenli pansuman yapılmalı; dikiş sonrası ise güneşten korunma yara izinin daha iyi iyileşmesi için gereklidir. Kan sulandırıcı ilaç kullanıyorsanız işlem öncesinde mutlaka bildiriniz.

11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği: İşlem sonrası bölgede artan ağrı, kızarıklık, kötü kokulu akıntı, dikiş açılması veya ateş gibi beklenmeyen şikâyetler gelişirse dermatoloji kliniğine başvurabilir; acil durumlarda en yakın acil servise müracaat edebilirsiniz.

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

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 İmza Tarih Saat Kaşe İmza Tarih Saat

Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi

Yasal temsilcisinden onam alınma nedeni

• Bilinci kapalı • 18 yaşından küçük İmza Tarih Saat • Karar verme yetisi yok • Acil

• Hasta Tarafından Yetkilendirilmiş

Şahit Adı Soyadı Tercüman Adı Soyadı / Telefonu İmza Tarih Saat İmza Tarih Saat

halinde

İhtiyaç

☐ İşlemin uygulanmasını KABUL ☐ Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm ETMİYORUM.
olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak Adı Soyadı / İmza / Tarih / Saat 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.