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:** Kriyoterapi tedavi amacıyla öncelikle kanser öncüsü ve deri ben kanseri dışı deri kanserleri olmak üzere bir çok deri hastalığında yapılan bir uygulamadır. Sıvı nitrojen ile uygulanan lezyonlu alanda dondurma işlemidir. Lezyon türü ve yerleşim yerine göre ile lezyonlu alana sprey uygulaması şeklinde 15-30 saniye süreyle çift donma-çözülme evresi olacak şekilde iki kez işlem yapılır.

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

**2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:** Bu işlem iyi huylu bir çok deri hastalığında (siğil, et beni, papillom, aktinik keratoz, Bowen Hastalığı, verrukalar, molluskum, lökoplaki, bazalyom, fibrom vb) tedavi amaçlı yapılan bir tedavi şeklidir.

**3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

**4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:** Elektrokoter seçeneği de hastaya anlatılmalıdır.

**5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:**

- İşlem esnasında herhangi acı, yanma hissi olacaktır.
- Kriyoterapi uygulamasını izleyen iyileşme süresinde kızarıklık, ödem (şişlik,) bül (su toplama,) kabuklanma ve skar görülebilir.

- İşlem sonrasında işlem alanında küçük bir iz kalabilir.
- İşlem sonrasında işlem yapılan alanda hijyenik şartlara uyulmazsa enfeksiyon gelişebilir.

**6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:** Lezyon türü ve yerleşim yerine göre ile lezyonlu alana sprey uygulaması şeklinde 15-30 saniye süreyle çift donma-çözülme evresi olacak şekilde iki kez işlem yapılır.

***7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:*** Bu işlem öncesi aspirin ve benzeri kan sulandırıcılar kullanıyorsanız doktorunuzu mutlaka 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 :
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)**