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 uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

HASTALIĞIN TANIMI: İmmünoterapinin amacı bağışıklık sistemini eğitmek ve vücuda alerjenlerlerin düşman olmadığını öğretmektir. Hastalara alerjik yanıt oluşturan maddeler giderek artan dozlarda, uzun sürede verilerek bağışıklık yanıtı değiştirilir ve alerjenle bir sonraki karşılaşmada hastalık gelişmemesi için korunma sağlanmış olur. Alerjinin medikal tedavisinde kullanılan ilaçların çoğu semptomları uzun süreli olarak başarıyla baskılarlar fakat hastalığı iyileştirmezler. Hastalığı ortadan kaldırmaya yönelik halen başarıyla uygulanan tek tedavi yöntemi immünoterapidir.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Beklenen faydaları, doğru alerjen (alerji yapıcı) ve doğru dozlarla doğru yollarla uygulanan aşı tedavileri ortalama %80-90 oranında başarı sağlamaktadır. Kişiden kişiye değişmekle beraber yaklaşık bir yıl sonra olumlu etkileri başlar. Bu nedenle aşı tedavisi başlanır başlanmaz hekime danışmadan hastanın kullandığı ilaçların hemen kesilmemesi gerekir. Bir yıldan sonra hastanın kullanmak zorunda olduğu ilaçlar doktor kontrolünde azaltılabilir. İki yıl içinde bu tedaviden belirgin fayda görmeyen hastanın ise aşı tedavisi kesilir.

Alerji Aşısı Uygulaması: Aşılama işlemi sadece gelişebilecek olası yan etkilere müdahale edebilecek donanıma sahip sağlık kuruluşlarında, doktor gözetiminde ve sorumluluğunda yapılabilir. Unutmayın ki bu durumda tedaviden beklenilen fayda oranı azalabilmekte ve en önemlisi olası yan etkilerin görülme sıklığı artabilmektedir. Enjeksiyon şeklinde uygulanan tedavide çok ince uçlu iğneler (insülin veya tüberkülin enjektörü) kullanılmaktadır. Enjeksiyonlarınız üst kola omuz hizasına cilt altına yapılacaktır. Bu tedavi esnasında neredeyse hiçbir acı hissedilmemektedir.

İşleme başlarken deri alkollü bir pamuk ile dezenfekte edilmektedir. Bahsi geçen ince uçlu enjektör kolunuza 45 derecelik bir açı yapacak şekilde uygulanmaktadır. Uygulama kesinlikle derinin üst tabakalarına yapılmamaktadır. Yani enjeksiyon uygulandığında " gül açması" şeklinde bir deri kabarıklılığı oluşmamalıdır. Tedavi konusunda uzman olan kliniklerde bu sorunlar zaten hiç görülmemektedir. Ancak, siz yinede tedaviniz uygulanırken bu aşamalara dikkat ediniz.

Ağızdan (dilaltı) uygulanan tedavide ise alerjen çözeltilerinin belirli miktarları dilaltına damlatılır veya kesme şeker gibi bir emiciye emdirilerek şekerin ağızda erimesi beklenir.

İşlemden sonra en az 25-30 dk. aşı yapılan yerde oluşabilecek olan kızarıklık, kabarıklık ve/veya kaşıntıyı takip etmek yahut da oluşabilecek olan herhangi bir aşırı reaksiyona müdahale etmek için işlemin yapıldığı klinikte beklenmelidir. İşlem sonrası 30 dk. geçtikten sonra aşınızı uygulayan görevliye mutlaka aşı uygulama yerinizi kontrol ettirdikten sonra ayrılabilirsiniz.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Uzun süreli ilaç kullanımı gerekebilir, oysa bu tedavi ile daha kısa sürede şikâyetler kontrol altına alınabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Tedavi etmemekle beraber şikâyetlerinizin azalmasına sebep olan ilaç tedavilerine devam edebilirsiniz. Unutmayın ki bu tedavi şekli sadece şikâyetlerinizi azaltacak olup sizi tedavi etmeyecektir. Allerji aşısının alternatifi tedavi bulunmamaktadır.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Sık görülebilen yan etkiler: Aşı tedavisi ile ortaya çıkabilecek olan yan etkiler veya riskler, doktor gözetiminde yapılırsa son derece azdır. Bu nedenle aşı uygulaması donanımlı sağlık kuruluşları ve alerji polikliniklerinde doktor gözetiminde yapılmalıdır. Aşı uygulaması dış merkezde devam edilecekse bir başka uzman hekimin sorumluluğu altında ve acil müdahale şartları var olan merkezlerde yapılmalıdır.

Beklenen Riskler;

- Aşı uygulanan bölgede kızarıklık, kabarıklık, nadiren uzun dönemde geçici nodüller,
- Aşı ağızdan uygulanıyorsa; dilde, ağızda uyuşma hissi, nadiren karın ağrısı,

- Burun kaşıntısı, burunda tıkanıklık, hapşırık
- Öksürük, hırıltı, nefes darlığı
- Vücutta kaşıntı, kızarıklık, döküntü
- Nadir de olsa şok benzeri fenalaşma hissi oluşabilir ve tıbbi tedavi gerekebilir

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Alerji aşısı en az 3, ortalama 5 yıl kullanılmalıdır**.** İşlemin uygulama süresi 5 dk.

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

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

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)