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: Hastalığınız nedeniyle doktorunuz, elektrokoter tedavisinin sizin için uygun bir seçenek olduğunu değerlendirmiştir. Bu işlem, cilt yüzeyinde veya deri altında yer alan bazı iyi huylu lezyonların (örneğin siğiller, et benleri, seboreikkeratozlar) veya yüzeysel deri hastalıklarının tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Tedavi, sizin uygun koşulları sağlamanız ve onay vermeniz halinde gerçekleştirilecektir. Bu işlemden yararlanmanız önerilmektedir. Elektrokoter hakkında daha fazla bilgi edinmeniz ve bilinçli bir karar verebilmeniz için aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumanız önemlidir.

2. İşlemin tanımı: Elektrokoter tedavisi, doktorunuz tarafından tanısı konulan lezyonun, lokal anestezi uygulanarak uyuşturulduktan sonra, yüksek frekanslı elektrik akımı kullanılarak yakılması veya kesilerek uzaklaştırılması işlemidir. Bu yöntem, kanamayı azaltarak lezyonun güvenli bir şekilde çıkarılmasını sağlar.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:.....

4. İşlemden beklenen faydalar: Elektrokoter tedavisi, cilt yüzeyinde veya deri altında yer alan lezyonların kontrollü bir şekilde uzaklaştırılmasını sağlayan bir girişimsel tedavi yöntemidir. İşlem, lezyonun ilerlemesini önlemek, bölgedeki rahatsızlığı gidermek ve gerekirse tanıya katkı sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. İşlem sonucunda alınan doku örneğinin patolojik incelemeye gönderilip gönderilmeyeceği, doktorunuzun değerlendirmesi ve klinik gereklilikler doğrultusunda belirlenmektedir.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar: Bu işlemi yaptırmayı reddedebilirsiniz. İşlemin uygulanması tamamen isteğe bağlıdır ve reddetmeniz durumunda size sunulan tıbbi hizmetlerde veya kliniğimizde size karşı olan tutumumuzda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ancak, işlemin yapılmaması halinde hastalığınız mevcut durumunu koruyabilir veya zamanla ilerleyebilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri: Elektrokoter tedavisi, cilt lezyonlarının uzaklaştırılmasında yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Ancak, hastalığınızın türüne ve doktorunuzun değerlendirmesine bağlı olarak dondurma (kriyoterapi), cerrahi yöntemle çıkarma, lazer tedavisi veya ilaçla tedavi gibi alternatif yöntemler de uygulanabilir. Her yöntemin kendine özgü avantajları ve riskleri bulunmaktadır. Sizin için en uygun tedavi seçeneği, lezyonun yapısı, boyutu, bulunduğu bölge ve tıbbi gereklilikler doğrultusunda doktorunuz tarafından belirlenir. Alternatif tedavi seçenekleri hakkında daha fazla bilgi almak için doktorunuza danışabilirsiniz.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları: Elektrokoter tedavisi genellikle güvenli bir işlem olmakla birlikte, işlem sonrasında uygulama bölgesinde hafif ağrı, kızarıklık, kabuklanma veya geçici renk değişikliği görülebilir. Nadir durumlarda kanama, enfeksiyon veya kalıcı iz oluşumu meydana gelebilir. İşlem sırasında

kullanılan lokal anesteziye bağlı olarak enjeksiyon bölgesinde şişlik, kızarıklık, hafif ağrı, uyuşukluğun uzun sürmesi veya nadiren alerjik reaksiyon gelişmesi mümkündür. Tüm bu riskleri en aza indirmek için işlem steril koşullarda gerçekleştirilecek ve gerekli tıbbi önlemler alınacaktır. İşlem sonrası doktorunuzun önerilerine uymanız, iyileşme sürecini hızlandıracaktır. Beklenmeyen bir durumla karşılaşırsanız doktorunuza başvurmanız önemlidir.

8. İşlemin tahmini süresi: Elektrokoter tedavisinin süresi, işlem yapılacak lezyonun sayısına, büyüklüğüne ve bulunduğu bölgeye bağlı olarak değişebilir. Ancak, genellikle birkaç dakika ile 30 dakika arasında tamamlanmaktadır. İşlem sonrasında, kısa bir gözlem süresi gerekebilir ve doktorunuzun önerilerine bağlı olarak günlük yaşantınıza dönebilirsiniz.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:İşlem öncesinde, kısa sürede etki ederek geçici bölgesel uyuşma sağlayan lokal anestezik maddeler (lidokain, prilokain vb.) deriye enjekte edilmektedir. Bu ilaçlar, işlemin ağrısız bir şekilde gerçekleştirilmesine yardımcı olur. Lokal anestezik maddelere karşı bilinen bir alerjiniz, mevcut sağlık durumunuz veya düzenli kullandığınız ilaçlar varsa, işlem öncesinde doktorunuzu bilgilendirmeniz, güvenli ve uygun bir anestezi uygulanması açısından önemlidir.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:İşlem öncesinde, özellikle aspirin, coumadin gibi pıhtılaşmayı önleyici ilaçlar başta olmak üzere, kullandığınız tüm ilaçlar, bitkisel destekler ve gıda takviyeleri hakkında doktorunuzu bilgilendirmeniz önemlidir. Ayrıca, mevcut sistemik hastalıklarınız, vücudunuzda kalp pili veya ameliyatla takılmış metal implantlar (örneğin platin) bulunup bulunmadığını ve hamilelik durumunuzu işlem öncesinde doktorunuza bildirmeniz gerekmektedir. İşlem sonrasında, doktorunuzun önerdiği şekilde pansuman yapılmalı ve işlem bölgesinin en az iki gün su ile temas etmemesine özen gösterilmelidir.

11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:Müdahale birimimizde, mesai saatleri içinde doktorlar ve deneyimli sağlık personeli hizmet vermektedir. İşlemle ilgili sorularınız veya danışmak istediğiniz herhangi bir konu için kliniğimize başvurabilir ya da ilgili telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz. Mesai saatleri dışında, acil bir durum yaşamanız halinde en yakın acil servise başvurmanız önerilir.

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 temsilcisinden onam alınma nedeni Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi • 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.