

..... ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
..... EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI, FOTOTERAPİ ÜNİTESİ

SİSTEMİK PUVA FOTOTERAPİSİ HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sistemik PUVA fototerapi ile ilgili yukarıdaki bilgileri tam olarak okuyup anladım. Tedaviden önce, tedavi süresince, tedavi sonunda ve idame tedavisinde klinik muayenenin, göz muayenesi, deri biyopsisi ve bazı laboratuvar incelemelerinin yapılması gerektiği anlatıldı.

Uygulanacak tedavi sırasında eğitim amaçlı fotoğraf çekilebileceği ve kayıt yapılabileceği tarafıma anlatıldı.

- [] Sadece tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile izin veriyorum.
[] İzin vermiyorum.
[] Uygulanacak tedavi için **kabul etmediklerim** (varsa);

Hasta (veya veli/vasinin) onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Hastalar için hazırlanan fototerapi bilgilendirme formunu okudum ve inceledim.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Bu tedavinin uzun dönem yan etkileri konusunda kesin bir verinin olmadığını öğrendim.
- Bu tedavinin, hastalığımın tamamen yok olmasını sağlamayacağını ve tedavimin idame ettirilmesinin gerekebileceğini de bilmekteyim.
- Tedavi/ girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikle görüyorum.
- Bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Eğer bu tedaviyi reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve doktorum ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Bu bilgiler doğrultusunda doktorumun yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında **sistemik PUVA fototerapinin** hastalığım için ya da üzerimde vekili olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine ve tedavi seyri sırasında önceden görülebilir ya da öngörülmeyen durumlara bağlı olarak gerekli görülmesi halinde tedaviyi sonlandırmasına ve gerekirse alternatif tedavi yöntemlerine geçmesine yetki verdiğimi beyan ederim.

Bu yetki görevlendirilen diğer personeli (asistan doktor/teknisyen/hemşireyi) de kapsamaktadır.

Not: Lütfen el yazınızla "**4(dört) sayfadan oluşan bu onam formunu okudum, anladım ve kabul ediyorum**" yazınız ve imzalayınız.

.....
.....
.....

Hasta

Ad-Soyad :

Tarih :

Protokol No :

Adres :

İmza:

Telefon :

Veli/Vasi (hastanın 18 yaşından küçük olması veya onam verecek yeterliliğe sahip olmaması halinde)

Veli / Vasinin:

Ad-Soyad :

Tarih :

Adres :

İmza:

Telefon:

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın velisinin (ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.
- Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı-soyadı:.....

Adresi:.....

Ben "Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:.....

Tarih:.....

..... isimli hastama **sistemik PUVA fototerapinin** amacı, beklenen faydaları yanı sıra riskleri, yan etkileri ve uyulması gereken kuralları tam ve detaylı bir şekilde açıkladım. Hastalığın tedavisi için diğer tedavi seçenekleri ve potansiyel riskleri konusunda da bilgilendirdim. Tedavi ile ilgili her türlü soruyu cevaplayacağım.

Doktor/Teknisyen/Hemşire

Ad-Soyad :.....

Tarih :.....

İmza :

Tanık

Ad-Soyad :.....

Tarih :.....

İmza :