



## TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ

### DERMATOALLERJİ ÇALIŞMA GRUBU ATOPİ YAMA TESTİ

#### ONAM FORMU

Anabilim Dalı : DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

Planlanan Girişimin Adı : ATOPİ YAMA TESTİ

Hastanın Adı , Soyadı:.....

Doğum Tarihi:.....

Protokol No:.....

#### SAYIN HASTA/ SAYIN VELİ/VASİ

**Lütfen formu dikkatlice okuyun ve cevaplayın!**

Atopi yama testi (AYT), atopik dermatitte solunum yolu allerjenleri (ev tozu akarları, polenler vb.) ve/veya besin allerjenlerinin (süt, yumurta, un vb.) rol oynayıp oynamadığına ilişkin bir görüş oluşturabilmek için yapılmaktadır.

#### **Atopi Yama Testi nasıl uygulanacak?**

Yöntem vazelin içinde hazırlanmış ya da kurutma kağıdına emdirilmiş solunum yolu allerjenlerinin ya da (çoğu kez tüketildiği biçimiyle) besinlerin doğrudan özel bantlarla sırtta yapıştırılmasına dayanır.Uygulamadan 30 dk. sonra test bölgesi kontrol edilir. Yaygın kızarıklık ya da kaşıntı olursa, bantlar sırttan uzaklaştırılır. Değerlendirme 48. saatte, bantlar sırttan uzaklaştırıldıktan 30 dk. sonra yapılacaktır. Gerekirse 72. saatte, test bölgesi bir kez daha kontrol edilebilir.

#### **Girişimden önce hastanın dikkate etmesi gerekenler?**

Testten önceki 1 hafta boyunca antihistaminik ve 1 ay boyunca sistemik steroid tedavisi almamış olmanız ve almanız halinde de doktorunuzu bilgilendirmeniz gerekmektedir.

#### **Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar?**

Atopi yama testi sırasında uygulanan bantların ayrılmaması için 48 saat süreyle banyo yapılmaması ve aşırı fiziksel etkinlikte bulunulmaması uygun olacaktır.

#### **Ortaya çıkabilecek yan etkiler?**

Testin yaşamsal tehlikesi yoktur. Uygulama bölgesinde yaygın kızarıklık, kabarıklık ve kaşıntı olursa, bantlar uzaklaştırılıp kliniğimize bilgi verilecektir.

**Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:**

Kullanılan ilaçlar:.....  
Daha önce anaflaksi öyküsü.....

**Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notlar:**

.....  
Hekimin Kaşesi ve İmzası

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:**

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- 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.
- Tedavi/ girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilmesi açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikle görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

.....  
Hastanın/ Veli/Vasi veya Yakınının (yakınlık derecesi) adı, soyadı ve imzası:.....

Şahidin adı, soyadı ve imzası:.....

Yer/Tarih/Saat :

.....  
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.

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

Adı,soyadı:.....  
Adresi:.....

Ben “Aydınlatılmış Hasta Onam Formu” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:..... Tarih:.....

