



TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ

DERMATOALLERJİ ÇALIŞMA GRUBU FOTO PATCH (YAMA) TESTİ

ONAM FORMU

Anabilim Dalı : DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

Planlanan Girişimin Adı : FOTO PATCH (YAMA) TESTİ

Hastanın Adı , Soyadı:.....

Doğum Tarihi:.....

Protokol No:.....

SAYIN HASTA/ SAYIN VELİ/VASİ

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve cevaplayın!

Yapılan muayene sonucunda güneş ışınlarıyla alevlenen bir deri hastalığınızın varolduğu saptanmıştır. Foto patch (yama) testi bu hastalığınıza neden olabilecek maddeleri saptamak amacıyla uygulanan bir tanısal yaklaşımdır.

Foto Patch (Yama) testi nasıl uygulanacak?

Yöntem vazelin içinde hazırlanmış standart antijenlerin (hastalığınıza neden olabilecek kimyasal ürünlerin) simetrik ve iki taraflı olarak doğrudan sırtta yapıştırılmasına dayanır. İkinci gün sonunda sırtın bir yanındaki bant kaldırılıp değerlendirilecek, daha sonra ışınlanıp kapatılacaktır. İki gün daha beklendikten sonra, bantlar sırttan uzaklaştırılacak ve işlem bitmiş olacaktır.

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?

Test bantları sırtta 48 saat süreyle kalacaktır. Bu nedenle, bantların ayrılmaması için 48 saat süreyle banyo yapılmaması ve aşırı fiziksel etkinlikte bulunulmaması uygun olacaktır.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler?

Testin yaşamsal tehlikesi yoktur. Bazen uygulama bölgesinde kaşıntı, sivilce gelişimi ve hafif renk değişikliği olabilir. Çok düşük olasılıkla, ekzema alevlenmesi, uygulama bölgesinde aşırı tahriş ve yanma olabilir. Uygulama bölgesinde iz kalma olasılığı da çok düşüktür. Herhangi bir şiddetli yakınma olduğunda, bantlar uzaklaştırılıp kliniğimize bilgi verilecektir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullanılan ilaçlar:.....
Daha önce anafaksi 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:.....

