



TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ

DERMATOALLERJİ ÇALIŞMA GRUBU İNTRADERMAL TEST

ONAM FORMU

Anabilim Dalı : DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

Planlanan Girişimin Adı : İNTRADERMAL TEST

Hastanın Adı , Soyadı:.....

Doğum Tarihi:.....

Protokol No:.....

SAYIN HASTA/ SAYIN VELİ/VASİ

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve cevaplayın!

İntradermal test (IDT), kliniğimizde solunum yolu allerjenleriyle yapılan rutin deri testi (SPT: Skin Prick Test) sonuçları negatif olan, yani herhangi bir reaksiyon görülmeyen; ancak yakınmaları solunum yolu allerjisi varlığını düşündüren hastalara uygulanan tanısal girişimdir.

İntradermal Test nasıl uygulanacak?

Yöntem, belli konsantrasyonlarda dilüe edilmiş solunum yolu allerjenlerinin (ev tozu akar antijeni, polen antijenleri vb.) enjektörle doğrudan deri içine verilmesine dayanır. Şiddetli nefes darlığı başta olmak üzere allerjik yakınmaların alevlendiği durumlarda, yaygın ürtiker ya da ateşli hastalıkların varlığında IDT uygulanmaz.

Girişimden önce hastanın dikkate etmesi gerekenler?

Testten bir hafta önce; oral antihistamin, sistemik steroid, beta-blokör ve ACE inhibitörü kullanımının kesilmiş olması gereklidir.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar?

IDT uygulaması sonrasında, hastalar uygulama bölgesinden hiçbir yere ayrılmadan yarım saat beklemelidirler.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler?

Ender de olsa, sistemik reaksiyonlar (ürtiker, yaygın kaşıntı, ateş basması, nefes darlığı, hırıltılı solunum, şok vb.) gelişebilmektedir. Bu nedenle, IDT uzman ellerde ve acil girişim için gerekli koşulların varlığında uygulanacaktır.

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:.....

