



TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ

DERMATOALLERJİ ÇALIŞMA GRUBU OTOLOG SERUM DERİ TESTİ

ONAM FORMU

Anabilim Dalı : DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

Planlanan Girişimin Adı : OTOLOG SERUM DERİ TESTİ

Hastanın Adı , Soyadı:.....

Doğum Tarihi:.....

Protokol No:.....

SAYIN HASTA/ SAYIN VELİ/VASİ

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve cevaplayın!

Size uygulayacağımız otolog serum deri testi (OSDT), kendi serumunuzun derinizde herhangi bir reaksiyon oluşturup oluşturmayacağını belirlemeye yöneliktir. Gelişebilecek bir reaksiyonun varolan (allerjik) hastalığınız ile ilişkili olma olasılığı vardır.

Otolog Serum Deri Testi nasıl uygulanacak?

Damardan kanınız alınıp serumunuz ayrılacak, daha sonra ise kendi serumunuz çok az miktarda (0.05 ml) deri içine enjekte edilecektir. Kontrol için ise, 0.05 ml steril serum fizyolojik yine deri içine verilecektir. Yarım saat sonra serumunuzun uygulandığı yerde gelişecek bir kızarıklık ve kabarıklık pozitif olarak değerlendirilecektir.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar?

Test sonuçlanana kadar hastaların uygulama bölgesinde beklemesi gerekmektedir.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler?

Uygulamalar kendi serumunuz ve steril serum fizyolojik ile yapılacağından herhangi bir risk taşımamaktadır. Gelişebilecek kızarıklık birkaç saat içinde tümüyle gerileyecektir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullanılan ilaçlar:.....

Daha önce anafilaksi 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 kullanılabileceği 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:.....

