



TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ

DERMATOALLERJİ ÇALIŞMA GRUBU DERİ “PRICK” TESTİ (SPT)

ONAM FORMU

Anabilim Dalı : DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

Planlanan Girişimin Adı : DERİ “PRICK” TESTİ

Hastanın Adı , Soyadı:.....

Doğum Tarihi:.....

Protokol No:.....

SAYIN HASTA/ SAYIN VELİ/VASİ

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve cevaplayın!

Deri “Prick” Testi (SPT: Skin Prick Test) yakınmaları bir solunum ya da besin alerjisinin varlığını düşündüren olgularda uygulanan bir testtir. Test solunum yolu ve besin allerjileri, lateks, ya da besinlerle doğrudan (“fresh prick”) uygulanmaktadır.

Deri “Prick” Testi nasıl uygulanacak?

Yöntem antijen deriye damlatıldıktan sonra, lansetle hafifçe kaldırılıp bırakılması temeline dayanır. Testin değerlendirilmesi 15 dakika sonra yapılır.

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?

Olası riskler nedeni ile uygulama sırasında hastalar hiçbir yere ayrılmadan uygulama bölgesinde beklemelidirler.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler?

Acil girişim için gerekli koşulların varlığında ve uzman ellerde testin yapılması durumunda hemen hiçbir zaman sorun gelişmesi beklenmemektedir. Deri “Prick” Testi uzun yıllardır bütün dünya ülkelerinde uygulanmakta olup sistemik reaksiyon (anaflaksi, deri döküntüsü, nefes darlığı, şok vb.) gelişen olgu sayısı çok azdır. Test bölgesinde gelişebilecek kızarıklık ve şişliklerin çoğu birkaç saat içinde tümüyle geriler. Bu tip reaksiyonların yaşamsal önemi yoktur.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullanılan ilaçlar:.....
Daha önce anafeksi öyküsü.....

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notlar:

.....
Hekimin Kaşesi ve İmzası

Hasta, veli veya vasiinin 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:.....

