**INTRALEZYONER ENJEKSİYON HASTA ONAM FORMU**

**SAYIN HASTA, SAYIN VELİ / VASİ**

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası riskleri öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi ve işlem onayını reddedebilirsiniz.

Bu form, deri altına iğneyle ilaç uygulanması ve olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa doktorunuzdan yardım isteyiniz.

**GİRİŞİMİN TANIMI**

Bu işlem, doktorunuzun tanısını koyduğu hastalığınızda, uygun görülen tedavi edici ilacın deri altına enjeksiyonu amacıyla yapılmaktadır. Enjeksiyon için değişik büyüklüklerde iğne veya dermajet denilen bir alet kullanılabilmektedir. İşlem öncesi ve sonrası gerekli bilgiler verilmekte, pansuman yapılmaktadır.

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

İntralezyonel enjeksiyon tedavisi, deri ve zührevi hastalıkları polikliniklerinde birçok hastalık için uygulanabilen bir tedavi yöntemidir. Alopesi areata (saçkıran), iltihaplı deri altı kistleri, şark çıbanı, siğiller ve diğer pek çok deri hastalığı için farklı ilaçlar bu yöntemle doktorunuzun önerdiği doz ve aralıklarla uygulanmaktadır.

**ALTERNATİF TEDAVİ**

Tedaviyi kabul etmemeniz durumunda doktorunuzun önerdiği alternatif lokal (krem gibi) veya sistemik tedaviler (ağızdan alınan ilaç tedavileri gibi) uygulanabilir. Her tedavinin etkinliği birbirinden farklıdır ve önerilecek her tedavinin potansiyel yan etkileri bulunmaktadır.

**GİRİŞİM/ TEDAVİ NASIL YAPILACAK?**

İşlem öncesinde uygulanacak ilaç seyreltilmesi gereken bir ilaç ise serum fizyolojik ile uygun konsantrasyonlarda sulandırılır. Hastalığınızın olduğu bölge alkol veya batikon ile temizlenir. İnsülin iğnesi veya dermajetle ilaç deri altına uygulanır. Sıklıkla 1 cm aralıklarla enjeksiyon yapılır ama bu mesafe bölgeye ve hastalığın yaygınlığına göre farklılık gösterebilir. İşlem bittiğinde alkol veya batikon ile tekrar pansuman yapılır.

**GİRİŞİMDEN/ TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR**

İntralezyonel enjeksiyon tedavileri sıklıkla 2-6 hafta aralıklarla yapılan bir tedavidir. Hastalığınıza ve hastalık şiddetine göre tedavi aralıkları ve seans sayısı ayarlanır. Tekrarlayan seanslarda giderek artan fayda beklenmektedir. Fakat her tedavi gibi işlemden fayda görmeme ihtimali de bulunmaktadır.

**GİRİŞİMİ/ TEDAVİYİ KİM YAPACAK**

Uygulama Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı olan doktorlar tarafından yapılır. Hemşire ya da yardımcı sağlık personeli tedavi öncesi, sırası ve sonrasında doktora yardım ederek uygulamaya eşlik edebilir.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN TAHMİNİ SÜRESİ**

İntralezyonel enjeksiyon işlemi hastalığa, yaygınlığına ve hasta konforuna bağlı bekleme süresi ile beraber yaklaşık olarak 10-30 dk sürmektedir.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ, KOMPLİKASYONLARI**

Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi, bu işlemde de bazı olası yan etkiler gelişebilir. Uygulanan maddeye bağlı alerjik reaksiyonlar, kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalması, iyileşme sonrası ciltte açık veya koyu renk değişiklikleri, hastalığın tamamen tedavi olmayıp kısmen sebat etmesi ya da tekrarlaması, işlem sırasında veya sonrasında ağrı, işlem bölgesine komşu doku ve organlarda kısmi hasar, deride bölgesel çöküklük, kan toplanması, şişlik, duyu ve his kayıpları gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

**GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

Bu tedaviyi almayı reddebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına da sahipsiniz.

**GİRİŞİMDEN/TEDAVİDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR VE ÖNERİLER**

Doktorunuza, aspirin ve kumadin gibi kanın pıhtılaşmasını azaltan ilaç kullanımı ve sistemik hastalıklarınız (şeker, tansiyon gibi) hakkında işlem öncesi bilgi vermeyi ihmal etmeyiniz.

**KULLANILACAK ILAÇLARIN MUHTEMEL ISTENMEYEN ETKILERI VE DIKKAT EDILECEK HUSUSLAR**

Deri ve Zührevi hastalıkların tedavisinde intralezyonel enjeksiyon ile en sık uygulanan ilaçlar kortikosteroidlerdir. Yüksek konsantrasyonlarda ve tekrarlayan enjeksiyonlarda daha sık olmak üzere enjeksiyon yapılan bölgede deride incelme, çökme, damarlarda genişleme, açık renkli leke oluşumu gibi yan etkiler görülebilir. Uygulanan tüm diğer ilaçlarda da alerjik reaksiyon, ağrı, kan toplanması, his kayıpları görülebilir. Önceden bilinen bir ilaç alerjiniz varsa doktorunuzu mutlaka bu konuda bilgilendirmeniz gerekmektedir.

**HASTANIN IŞLEM ÖNCESI/SONRASI DIKKAT ETMESI GEREKEN KONULAR ILE DIKKAT EDILMEMESI DURUMUNDA YAŞANABILECEK SORUNLAR**

Enjeksiyon öncesinde alkol veya batikon ile temizlik yapılsa da işleme gelmeden önce bölgenin temiz olmasına dikkat edilmelidir, işlemin hemen öncesinde bölgeye sürme ilaç ve kozmetik ürünler uygulanmamalıdır. İşlem sonrasında 24 saat boyunca bölgeye dokunulmamalıdır; su, sabun, makyaj malzemesi veya başka maddelerle temas kesilmelidir.

Özellikle yaz aylarında denize ve havuza girilmemelidir. Uygulama yeri ovuşturulmamalı, kese ve mekanik-kimyasal peeling gibi cildi tahriş edici uygulamalar yapılmamalıdır. Dikkat edilmediği takdirde işlem sırasında iğne ile oluşturulan küçük açıklıklardan mikroorganizmalar deri içine girerek enfeksiyon gelişimine yol açabilir. Beklenmeyen bir etki görülürse uygulama yapan doktora başvurulmalıdır.

**GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:**

Gerektiğinde hastalığımla ilgili gerekli kontrollerin mesai saatleri içerisinde tedavimi yapan hekim veya kliniğe ulaşarak yapılabileceği, mesai saati dışındaki zamanlarda ise acil servise başvurarak ihtiyaç olan tıbbi müdahalenin yapılabileceği konusunda bilgilendirildim.

**HASTA, VELI VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI:**

* 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/girişimden 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 yeterlilikte görüyorum.
* İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

**Not:** Lütfen el yazınızla “3 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

|  |
| --- |
| **Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda;** |
| Şahsıma ait her türlü tetkik (patoloji, kan vs), her türlü görüntüleme yöntemleri (MR, Tomografi vs) sonuçlarının ve klinik fotoğraflarımın kimliğim belli olmayacak şekilde ve kimlik bilgilerimin paylaşılmaması koşuluyla bilimsel araştırmalarda ve sunumlarda kullanılmasına izin veriyorum. |
| Hasta Adı Soyadı |   | Hekimin Adı, Soyadı, Unvanı |
|   |   |  |
| İmza | İmza |
| Not: Eğer ilgili bölümde imza yoksa hasta rıza vermemiş kabul edilir. |

**Hastanın Adı Soyadı: Hastanın Yasal Temsilcisinin**

 **Adı Soyadı:**

 **Yasal Temsilcisinin Yakınlık Derecesi:**

**İmzası:**

**Tarih: İmzası:**

 **Tarih:**

**Saat: Saat:**

**Hastanın yasal temsilcisinden rıza alındıysa nedenini belirtiniz;**

Hastanın bilinci kapalı

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme yetisi yok

Acil

**Dr. Adı Soyadı: İmzası:**

 **Tarih:**

 **Saat:**

**Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;**

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

**Tercüme Yapanın; Adı Soyadı (el yazısı ile):**

**İmzası:Tarih: Saat:**