**SAÇLI DERİDEN BİYOPSİ ALINMASI İÇİN 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.

**GİRİŞİMİN TANIMI**

Bu işlem, saçlı derinizden doktorunuzun uygun göreceği sayı (1-3), yer, şekil ve büyüklükte parça(lar) alınarak bir patoloji doktoru tarafınca mikroskop altında histopatolojik inceleme yapılması amacıyla gerçekleştirilecektir. Deriden örnek alınması sonrasında gerekli durumlarda dikiş atılması mümkündür.

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

Bu işlem sıklıkla bazı saç ve saçlı deri hastalıklarına kesin tanı koymak amacıyla uygulanır. Ayrıca, saçlı deride bulunan kist/tümör/doğumsal saçsız alanlar gibi küçük lezyonların tamamının çıkarılmasıyla hem kesin tanı konmasını hem de aynı anda tedavinin yapılmasını sağlayabilir.

Klinik muayene ile tanı konamayan saç ve saçlı deri hastalıklarında tanı koymak için gerekli olup, işlemin uygulanmaması durumunda olası ön tanılara yönelik tedaviler verilebilir.

Bir hekim size ne yapılacağını anlatacak ve işlemi kabul etmeniz halinde bir bilgilendirme ve rıza belgesi imzalatacaktır. Bu formu imzalamanız, tüm işlemi anladığınızdan emin olmak için gereklidir. Eğer herhangi bir soru ya da kaygınız varsa, lütfen çekinmeden sorunuz.

**ALTERNATİF TEDAVİ**

Saç ve saçlı deri hastalığınızın kesin tanısı için biyopsi işlemi önerilen durumlarda eğer işlemi kabul etmezseniz, doktorunuz klinik olarak düşündüğü ön tanılara yönelik tedavi başlayabilir. Ancak, bazı hastalıklarda tanının biyopsi ile doğrulanması/dışlanması uygun tedavinin seçimi için mutlak gerekli olabilmektedir.

Bu konuda doktorunuza aklınıza takılan konularda danışabilirsiniz.

**GİRİŞİM/ TEDAVİ NASIL YAPILACAK?**

İşlem, saçlı deride biyopsi alınacak bölgenin antiseptik bir solüsyonla temizlenmesini takiben lokal anestezik içeren ilacın o bölgeye iğne ile enjekte edilmesi ile başlar. Bölgenin uyuşması sonrasında uygun büyüklükte bir deri parçası punch biyopsi aletiyle ya da bistüri ile kesilerek çıkartılır ve dikiş atılır. Gerekli durumlarda birden fazla sayıda biyopsi alınabilir.

Alınan doku örnek/leri histopatolojik inceleme için patoloji doktoruna yollanır.

**GİRİŞİMDEN/ TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR**

Saç ve saçlı deri hastalığınıza kesin tanı koymak amacıyla yapılır. Öte yandan, bazı durumlarda incelenen doku örnekleri kesin tanı konulması için yeterli olmayabilir. Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için doktorunuz ile görüşünüz.

**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 eder.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Saçlı derinin uyuşması için gereken süre 2-5 dakikadır ama çoğu kez o bölgedeki olası kanamanın azaltılması amacıyla (saçlı deride kanlanma fazladır ve çok kanayabilir) 15-20 dk kadar beklenebilir. Biyopsi alma işlem süresi ise biyopsi sayısına ve alınan alanın büyüklüğüne göre değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 20-40 dakikadır.

**GİRİŞİMİN/ TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ, KOMPLİKASYONLARI**

Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlemde de bazı olası yan etkiler gelişebilir. Uygulanan anestezik maddeye bağlı alerjik reaksiyonlar, kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalması, iyileşme sonrası ciltte açık veya koyu renk değişiklikleri, işlem sırasında veya sonrasında ağrı, işlem bölgesine komşu doku kısmi hasar, kullanılan dikiş materyaline karşı alerjik reaksiyonlar, dikiş açılması, kan toplanması, ödem, duyu ve his kayıpları gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

**GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

Saç ve saçlı deri hastalıkları kişinin hayat kalitesini azaltabilir. Hastalığınıza kesin tanı konamaması durumunda uygun tedavi seçiminde ciddi zorluklar yaşanabilir.

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

Uygulamaya saçlı deri temiz bir şekilde gelinmesi önerilir. Doktorunuza, aspirin ve kumadin gibi kanın pıhtılaşmasını azaltan ilaç kullanımı, lokal anestezik (bölgesel uyuşma) ilaçlara karşı alerji durumu ve sistemik hastalıklarınız (şeker, tansiyon vb) hakkında işlem öncesi bilgi vermeyi ihmal etmeyiniz.

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

Biyopsi işleminin başında bölgeyi uyuşturmak için kullanılan lokal anestezik ilaçlara karşı aşırı duyarlılığınızın bulunması durumunda enjeksiyon sonrasında alerjik reaksiyon ortaya çıkabilir.

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

Doktorunuzun size önerdiği şekilde biyopsi alınan bölgenin bakımını (belli bir süre su değmemesi, pansuman yapılması, temiz tutulması gibi) yapınız. Dikişleriniz varsa, önerilen tarihte dikişlerinizi aldırtmayı ihmal etmeyiniz, aksi halde işlem bölgesinde enfeksiyon gelişme ya da iz kalma riskinde artış görülebilir.

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

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

**HASTA, VELI VEYA VASİNIN 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 taktirde 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 yeterlilikte görüyorum.

 • İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

•Uygulama esnasında tedavi öncesinde ve sonrasında takipte yararlanmak amacıyla fotoğraf veya video görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum (istemiyorsanız lütfen cümlenin üzerini siliniz).

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:**