



GENEL ANESTEZİK MADDELERLE DERİ TESTLERİ İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM (RIZA) BELGESİ

HASTANIN

Adı ve soyadı :

Kayıt (protokol) numarası :

Doğum tarihi (gün/ay/yıl) :

Adresi :

Telefon numarası :

Başvuru tarihi : __. __. 200__

Hastalığın tanısı/ön tanısı :

Bu form KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından, 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.

SORUMLU HEKİMİN

Adı-soyadı :

Uzmanlık alanı :

BU FORM SİZE NEDEN VERİLDİ?

Başvuru nedeniniz olan şikayetleriniz değerlendirilmiş ve bu aşamaya kadar yapılmış olan tetkikleriniz sonucunda, "GENEL ANESTEZİK MADDELERLE DERİ TESTLERİ" uygulama gerekliliği doğmuştur.

Hastalığınızın tanısı için size önerilen tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu formda sunulan açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Taniya yönelik testin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

Önerilen tanı testini kabul etmemeniz durumunda bu belgenin 3. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Önerilen tanı testi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahiptir. Verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda bu belgenin 4. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

BİRİNCİ BÖLÜM

BİLGİLENDİRME

Genel Anestezik Maddeler Nelerdir? Niçin Kullanılır?

Genel anestezi sırasında; hastayı uyutmak, kas gevşemesini sağlamak ve ağrı hissini ortadan kaldırmak gibi amaçlarla bir grup ilaç kullanılır. Bunların tümü genel anestezik ilaçlar olarak tanımlanır ve hastaların uyutularak yapılması planlanan cerrahi işlemler sırasında kullanılırlar.

Genel Anestezik Maddelere Bağlı Gelişen Allerjik Reaksiyonlar Nelerdir?

Genel anestezi sırasında en sık karşılaşılan ve ilaç allerjisi olduğunu düşündüren reaksiyonlar; ciltte yaygın kızarıklık, kaşıntı veya yer yer kabarıklık, göz kapaklarında, dudaklarda, dilde, el ve ayak tabanlarında şişlik, nefes darlığı, öksürük, hırıltı, kan basıncı (tansiyon) düşüklüğü, çarpıntı, kalp atımlarında düzensizlik olarak sıralanabilir. Nadiren şok ve ölüme kadar gidebilen ciddi reaksiyonlar gelişebilir.

Genel Anestezik Maddelere Bağlı Reaksiyonlar Ne Sıklıkta Oluşurlar?

Reaksiyonlar genellikle genç erişkin ve erişkin yaş grubunda sık görülür. Bazı hastalarda, kadın cinsiyet veya daha önce benzer gruptan bir ilaca allerji öyküsü, genel anestezik madde reaksiyonu görülme ihtimalini artıran risk faktörleri olabilmektedir. Genel anestezi amacıyla kullanılan 3 grup ilaca karşı reaksiyon gelişebilir: Reaksiyonların %70'i kas gevşeticilere, %7.3'ü uyku sağlayan ilaçlara, %1.02'si de ağrı kesici amaçla kullanılan güçlü ve özel ağrı kesicilere karşı gelişmektedir.

Test Yapılacak Genel Anestezik Madde Nasıl Seçilir?

Olası genel anestezik madde allerjisinde en doğru ve ilk alınması gereken önlem, hastada daha önceden istenmeyen reaksiyona yol açmış ilaçlar varsa onlardan kaçınmak ve allerjik reaksiyona neden olmayacak başka bir genel anestezik madde bulmaya çalışmaktır. Alternatif ilaç seçiminde genel anesteziyi yapacak doktorun önerceği ve tıp literatürü bilgisi ışığında reaksiyona neden olma ihtimali düşük ve en emniyetli olduğu kabul edilen genel anestezik madde ile testler yapılır.

Genel Anestezik Madde Allerjisi İçin Hangi Testler Uygulanır?

Test edilecek genel anestezik, daha önceden belirlenmiş protokollere uygun olarak değişik oranlarda sulandırılarak, birkaç farklı dozda hazırlanır.

Önce çizme testi (prick test) uygulanır. Önkol iç kısmına 1 damla ilaç çözeltisi damlatılır ve steril bir lanset ile (metalden yapılmış sivri uçlu bir tıbbi malzeme) deride bir çizik oluşturulur. 15 dakika sonunda değerlendirilir. Bu test negatif ise sonraki aşamada deri içi test (intradermal test) uygulanır. Çok az miktarda steril ilaç çözeltisi, çok ince bir iğnesi olan enjektörle deri içine enjekte edilir ve değerlendirilir. En düşük doz ile başlanır ve negatif cevap durumunda 15-20 dakikada bir kademeli olarak doz artırımını yapılır. Ayrıca, test sonuçlarının doğru yorumlanmasını sağlayan bir pozitif kontrol (histamin, yani allerji yapıcı madde) ve bir de negatif kontrol (allerjen içermeyen madde) kullanılır.

Testler Nasıl Değerlendirilir?

Çizme ve deri içi testlerinde allerjen uygulanan bölgede 15-20 dakika içinde belli ölçülerde kabarıklık ve kızarıklık oluşması durumunda sonuç pozitif kabul edilir.

Testlerin Uygulanması İçin Ne Kadar Zamana İhtiyaç Vardır?

Çizme testi ve deri içi testlerinin tüm aşamalarının tamamlanması halinde, ilaç deri testi uygulaması yaklaşık olarak 2 saat sürecektir. Ayrıca, hekim tarafından gerekli görülen durumlarda hasta belli bir süre hastanede gözlem altında tutulabilir.



Testler Sırasında Ortaya Çıkabilecek İstenmeyen Etkiler Nelerdir?

İstenmeyen etki görülme sıklığı düşüktür. En sık olarak uygulama bölgesinde kızarıklık ve kaşıntı olabilir. Daha nadir olarak da gözlerde, burun ve boğazda kaşıntı, burun tıkanıklığı veya akıntısı, hapşırma, öksürük, göğüste sıkışma hissi, nefes darlığı, hırıltılı solunum, deride kızarıklık ve kaşıntı, dudaklarda ve göz kapaklarında şişme, yutkunma zorluğu ve kan basıncı (tansiyon) düşmesi gibi bulguların bir ya da fazlası birarada görülebilir.

Testlerin Sağlayacağı Faydalar/Uygulanmaz İse Getireceği Kayıplar Nelerdir?

Genel anestezi allerjisi tanısını doğrulamada ve alternatif genel anestezi seçiminde yardımcı olur.

Bu test uygulanmaz ise, genel anestezi allerjisi tanısı sadece hastanın anlattıklarına dayanacaktır. Bu durumda hastanın gerçekten duyarlı olduğu genel anestezi doğru olarak belirlenemeyecek ve emniyetli bir alternatif genel anestezi önerisi yapılamayacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÖNERİLEN TANI TESTİNİ REDDETME

Yapılacak test konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konuları sorumlu hekime sordum, sorularıma yeterli ve anlayabileceğim tarzda cevaplar aldım. Test sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri (beklenen ve istenmeyen durumlar) konusunda bilgilendirildim. Bu tanı yöntemini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu testin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Testin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim.

Sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak, hiçbir baskı altında kalmadan **genel anestezi maddelerle deri testleri uygulanmasını KABUL ETMİYORUM.**

(Lütfen altı çizili bölümü VE adınızı ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).

HASTANIN ADI VE SOYADI:

HASTANIN İMZASI : Tarih: _____. 200__

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN

(Okur-yazar olmayan ya da görme özürü hasta için bilgilendirmenin sözlü olarak gerçekleştirildiğine şahitlik eden kişinin)

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

BİLGİLENDİRİLMİYİ YAPAN HEKİMİN

Adı ve soyadı :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

HEKİMİN ŞAHİDİ (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve soyadı :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

BU BÖLÜM KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN DOLDURULACAKTIR

(Hastanın Veli veya Yasal Vasisi; 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır)

[] Kanuni veli/vasi [] Anne [] Baba

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

[] Kanuni veli/vasi [] Anne [] Baba

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

Bu formda tanımlanmış olan **genel anestezi maddeleri** için _____. 200__ tarihinde vermiş olduğum ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK, HİÇBİR BASKI ALTINDA KALMADAN KENDİ RIZAMLA GERİ ÇEKİYORUM.

(Lütfen altı çizili bölümü VE adınızı ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).

HASTANIN ADI VE SOYADI:

HASTANIN İMZASI : Tarih : _____. 200__

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN

(Okur-yazar olmayan ya da görme özürli hasta için bilgilendirmenin sözlü olarak gerçekleştirildiğine şahitlik eden kişinin)

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

BİLGİLENDİRİLMİYİ YAPAN HEKİMİN

Adı ve soyadı :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

HEKİMİN ŞAHİDİ (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve soyadı :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

BU BÖLÜM KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN DOLDURULACAKTIR

(Hastanın Veli veya Yasal Vasisi; 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır)

[] Kanuni veli/vasi [] Anne [] Baba

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

[] Kanuni veli/vasi [] Anne [] Baba

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__