



ALLERJİ 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, "ALLERJİ 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 sahiptiriniz. Verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda bu belgenin 4. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.



BİRİNCİ BÖLÜM

BİLGİLENDİRME

Allerji Deri Testleri Nelerdir?

Allerjiniz olup olmadığını belirleyen ve deride uygulanan testlerdir. Kısa sürede uygulanır, emniyetlidir ve sonuçları güvenilir olması nedeni ile en fazla tercih edilen allerji tanı yöntemidir.

Hangi Durumlarda Uygulanır?

Bu test size şikayet ve belirtileriniz allerjik bir hastalığı düşündürüyor ise uygulanacaktır (astım, allerjik nezle, allerjik egzema, ürtiker (dabaz, kurdeşen), arı allerjisi ya da besin allerjisi gibi).

Hazırlık Aşamasında Neler Yapılır?

Allerji deri testlerini etkileyecek ilaçları, bildirilen süreler öncesinde kullanmamalısınız. (bu ilaçların isimleri ve testten ne kadar süre önce kullanılmaması gerektiğini bildiren liste ektedir. Ayrıca, listede yer almasa da başka nedenlerle kullandığınız ilaçları (bitkisel ürünler dahil) varsa, doktorunuza söylemelisiniz.

Testler Nasıl Uygulanır?

Allerji testleri üç ayrı yöntemle uygulanır:

1. Çizme testi (prick test): Önkolunuzun iç kısmına 1 damla allerjen damlatılacak ve steril bir lanset ile (metalden yapılmış sivri uçlu bir tıbbi malzeme) derinizde bir çizik oluşturulacaktır. Kullanılacak allerjen sayısı fazla ise uygulama sırt bölgenizde de yapılabilir.
2. Deri içi test (intradermal test): Sıvı haldeki çok az miktarda allerjen, çok ince bir iğnesi olan enjektörle derinizin içine verilir (enjekte edilir). Kullanılacak allerjen sayısına göre kolunuz veya sırtınız tercih edilebilir.
3. Yama testi (patch test): Bu yöntemde allerjenler yapışkan bant üzerine yerleştirilmiş küçük metal kuyucuklar içine konularak sırtınıza yapıştırılacaktır.

Her bir test 5-10 dakika gibi kısa bir süre içinde tamamlanır. Hangi testin kullanılacağı hastanın şikayetlerine göre uzman doktor tarafından belirlenir.

Testlerde Hangi Allerjenler Kullanılır?

"Allerjen" allerjiye neden olan madde demektir. Allerji deri testlerinde çizme ve deri içi testte ev tozu akarları, pollenler, küf mantarları, kedi ve köpek allerjenleri, besin allerjenleri, lateks (doğal kauçuk), arı venomu allerjenleri ile yama testinde temas yolu ile reaksiyon oluşturan maddeler kullanılır.

Hangi allerjenlerin kullanılacağı şikayetlerinize göre doktorunuz tarafından belirlenecektir. Ayrıca, çizme ve deri içi testlerde, sonuçlarınızın doğru olarak yorumlanması için bir pozitif kontrol (histamin) ve bir de negatif kontrol (allerjen içermeyen madde) kullanılacaktır.

Test sonuçları 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. Yama testinde ise 48-72 saat sonra (gerekirse 96. saatte) allerjen uygulanan bölgede kızarıklık, kaşıntı ve sulanma oluşması durumunda sonuç pozitif kabul edilir.



Testler Sırasında Ortaya Çıkabilecek İstenmeyen Durumlar Nelerdir?

Allerji testlerinde istenmeyen durum görülme sıklığı çok düşüktür. Allerjisi fazla olan hastalarda abartılı deri cevabına bağlı olarak, uygulama bölgesinde beklenenden fazla kızarıklık ve kaşıntı oluşabilir. Son derece nadir olarak yaşamı tehdit edici durumlar bildirilmiştir.

ANCAK GENEL KURAL OLARAK, allerjenlerle yapılan her uygulamada (çizme ve deri içi testte) allerjik şok ihtimali bulunduğundan, testleriniz allerji uzmanı kontrolünde uygulanacak ve test sonrasında en az 20 dakika süreyle gözlem altında tutulacaksınız. Bu durumların tedavisinde kullanılacak ilaç ve tıbbi malzemeler test uygulanan merkezde mevcut olup, gerekli tıbbi uygulamalar hemen yapılacaktır. Gerekli görüldüğünde bir süre hastanede gözlem altında tutulabilirsiniz.

Testlerin Sağlayacağı Faydalar Nelerdir?

Allerjik hastalıkların tümünde, SORUMLU ALLERJENDEN KORUNMA hastalık bulgularının daha etkili bir şekilde kontrol altına alınmasını sağlayacaktır. Bu nedenle mevcut hastalık bulgularınızın allerjik kökenli olup olmadığının belirlenmesi çok önemlidir. Ayrıca, test sonuçlarınız uygulanacak tedavi yöntemlerinin belirlenmesini (allerjiden kaçınma, allerjene özel aşı tedavisi gibi) sağlayacaktır.

Testin Alternatifi Olan Bir Durum Var mıdır?

Çizme testi ve deri içi testinin alternatifi olarak kanınız alınarak kanda allerji aranabilir. Kanda allerji saptama testleri deri testlerine göre sonuçlarının daha geç çıkması ve daha pahalı olması nedeni ile öncelikle tercih edilmemektedir. Kanda allerji saptama testleri sadece deri testlerini etkileyecek ilaç kullanımı varsa, hamilelikte; test bölgelerini etkileyen ağır cilt hastalığı varsa birinci sırada tercih edilmektedir. Yama testinin ise alternatifi olmayıp, eğer testi kabul etmiyorsanız anlattıklarınız doğrultusunda o allerjene allerjik kabul edilecek ve uzak durmanız önerilecektir.



İKİNCİ BÖLÜM

ONAM (RIZA GÖSTERME)

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.

Bu "aydınlanmış onam formunda" tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığımı yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. **Allerji deri testlerini hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.**

(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 özürlü 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__

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 **allerji deri testleri uygulanmasını KABUL ETMİYORUM.**

(Lütfen altı çizili bölümü VE adınız 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 **allerji deri testleri** 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 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__