1-İşlemden Beklenen Faydalar

Bazı bireylerde bazı ilaçların kullanımı sonrası nefeste daralma ve hırıltı, göğüste sıkışma hissi, öksürük, gözlerde kaşıntı, burun ve boğazda kaşıntı, hapşırık, burun tıkanıklığı veya akıntısı, deride kızarıklık ve kaşıntı, dudaklarda ve göz kapaklarında şişme, tansiyon düşüklüğü ve allerjik şok gibi allerjik durumlar oluşabilmektedir. Bu durum, bu bireylerin ilaç kullanımını sınırlamaktadır. Bu testler ilaçlara bağlı allerji tanımlayan hastalara, ihtiyaçları doğrultusunda kullanabilecekleri uygun bir ilaç seçeneği bulma amacı ile veya ilaç allerjisini kesinleştirmek için uygulanır.

Tanısal amaçlı uygulanan testte: Testiniz pozitif çıktığında bize anlatmış olduğunuz allerjinizin doğruluğu kanıtlanmış olacaktır. Böylelikle ilaçtan gerçekten uzak durmanız gerektiği anlaşılmış olacaktır. Testiniz negatif çıktığında ise o ilaca allerjiniz olmadığı anlaşılacak ve ilacın gereksiz yere kullanılmamasının önüne geçilecektir.

Uygun ilaç seçeneği bulma amaçlı yapılmış testler "negatif" çıktığında size ihtiyaçlarınız doğrultusunda kullanabileceğiniz bir ilaç seçeneği belirlenmiş olacaktır. Testiniz "pozitif" çıktığı takdirde bu ilaçtan da uzak durmanız önerilecektir

2-İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Tanısal amaçlı testlerde: Test yapılmadığı takdirde ilaç allerjisi tanınız anlattıklarınıza dayanacaktır. O ilaca allerjik kabul edilerek doktorunuz bu ilaç ve yapısal olarak benzeyen diğer ilaçlardan uzak durmanızı önerecektir. Uygun ilaç seçeneği bulma amaçlı yapılan testlerde: Bu testlerin alternatifi olan durumlar tanımlanan alerji tipine ve içinde bulunduğunuz duruma göre değişiklik gösterebilir. Bu testi yaptırmak istemediğiniz takdirde doktorunuz ile konuşarak ileri dönemde bir ilaç ihtiyacınız olduğunda ne yapacağınızı sormalısınız. Bunun dışında test için önerilen hiçbir ilaç – belirli oranlarda alerji riski taşıdığı için- şifaen önerilmeyecektir

3-Varsa İşlemin Alternatifleri

Alternatif bir yöntem bulunmamaktadır.

4-İşlemin Riskleri-Komplikasyonları

İlaç provakasyon testleri öyküsünde ağır anaflaksi geçiren hastalara yapılmamalıdır.

5-İşlemin Tahmini Süresi

Testiniz hastane koşullarında yapılacaktır. Testiniz; ağızdan hap veya şurup olarak, ile kas veya damar içine ya da cilt altına iğne uygulaması şeklinde olabilir. Testinizin uygulama şekli ise test edilecek ilacın özelliğine göre doktorunuz tarafından belirlenecektir. Testinize daha önceden belirlenmiş şemalar (protokoller) dahilinde düşük dozlardan başlanacaktır. Daha sonra doktorunuz tarafından belirlenen bir zaman sonrasında başlangıçta yapılan ölçümleriniz ve muayeneniz tekrarlanacak ve herhangi bir sorun yoksa doz yükseltilecektir. Bu şekilde belirli aralıklarla doz yükseltilmesi yapılacaktır. Testinizin süresi de amaca ve uygulama yöntemine göre değişecektir. İlaç testiniz hap yutturularak yapılacaksa en az 2 farklı günde gerçekleşecektir. Ancak test edilecek ilaç uzun zaman aralıklarında verilecekse test çok daha uzun süre alabilir. Testlerde farklı günlerde hem gerçek ilaç hem de ilaç içermeyen ancak ilaç görünümünde olan bir ürün hastaya verilir. Her iki ürün de aynı şekilde uygulanır. Kas veya damar içine; ya da cilt altına uygulamalar şeklindeki ilaç testleri birkaç saat sürebileceği gibi amaca göre birkaç günhafta da sürebilir

6- Kullanılacak İlaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri Ve Dikkat Edilecek Hususlar

Genel olarak 2 tip durum ortaya çıkabilir.

1. Kullanılan ilacın şekli ile ilgili durumlar:İlacın damar veya kas içine ve cilt altına uygulanması şeklinde yapılan ilaç testlerinde enjeksiyon yerinde ağrı, kızarma olabilir.

2. İlaç ile ilişkili istenmeyen durumlar: İlaç yükleme testlerinde genel olarak nefesinizde daralma ve hırıltı, göğsünüzde sıkışma hissi, öksürük, gözlerinizde, burun ve boğazınızda kaşıntı, hapşırık, burun tıkanıklığı veya akıntısı, derinizde kızarıklık ve kaşıntı, dudaklarınızda ve göz kapaklarınızda şişme, tansiyon düşüklüğü ve allerjik şok gibi allerjik durumlardan en az biri olabilir.

7- Hastanın İşlem Öncesi Ve Sonrası Dikkat Etmesi Gereken Hususlar İle Dikkat Edilmemesi Durumunda Yaşanabilecek Sorunlar

Testleri etkileyecek ilaçları, bildirilen süreler öncesinde kullanmamalısınız. (bu ilaçların isimleri ve testten ne kadar süre önce kullanılmaması gerektiğini bildiren liste size verilecektir). Ayrıca listede yer almasa da başka nedenlerle kullandığınız ilaçları (bitkisel ürünler dahil) varsa, doktorunuza söylemelisiniz. Test günü kahvaltı sonrası gelmeniz istenmektedir. Her test günü önce muayeneniz yapılacak ve nabız, kan basıncı ölçümleriniz alınacaktır. Ayrıca nefes

gücünüzü ölçen ve "spirometre" adı verilen bir cihaz yardımı ile hava yollarınızın mevcut durumu değerlendirilecektir. Testte FEV1 (tüm gücünüzle nefes verdiğinizde 1. saniyede dışarı atılan hava) adı verilen ölçüm takip edilecektir. Bu nedenle test öncesi bu ölçümün değerinin bilinmesi istenmektedir. Bu değerdeki belli derecenin üstünde düşmeler hava yollarınızın daraldığını gösterir. Eğer bu değeriniz %70'in üzerinde ve muayene bulgularınız normalse teste başlanır.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik verilerim dışında, hastalığımla ilgili tıbbi verilerin ve tetkik sonuçlarımın eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı- Soyadı :
Tarih-Saat :___/___/_____ ____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___