

1. İşlemden beklenen faydalar

Deri biyopsisi işleminde, doktorunuzun uygun göreceği yerden, uygun şekil ve büyüklükte bir deri parçası alınarak mikroskopik inceleme ile hastalığınızın tanısının konulması amaçlanmaktadır.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Deri biyopsisi yapılmadığında hastalığınıza kesin tanı konulamayabilir, hastalığınız için gerekli ve uygun tedavi verilemeyebilir. Bu işlemi yaptırmayı reddedebilirsiniz. İşlemin yapılması isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilecektir.

3. Varsa işlemin alternatifleri

Dermatolojik hastalıkların tanısında kullanılabilen farklı tanı işlemi alternatifleri bulunmaktadır.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Tüm tıbbi işlemlerde olduğu gibi bu deri biyopsisi işleminin de bazı potansiyel riskleri bulunmaktadır. Biyopsi alınan yerde kanama, ağrı, enfeksiyon, yara izi kalması, lokal anestezi amacıyla uygulanan uyuşturucu maddeye bağlı alerjik reaksiyonlar, parça alınan bölgenin altındaki ve yanındaki doku ve organlarda hasar riski bulunmaktadır.

5. İşlemin tahmini süresi

Tahmini işlem süresi 5-15 dakika arasında değişmektedir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Deri biyopsisi işlemi öncesinde, işlem uygulanacak alana lokal anestezi uygulanmaktadır. Kullanılan lokal anesteziğe bağlı alerjik reaksiyon gelişebilmektedir.

7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Öncelikle kullandığınız ilaçları (özellikle aspirin ve kumadin gibi pıhtılaşma önleyiciler, kortizon gibi önceki tedaviler), ayrıca mevcut sistemik hastalıklarınızı, varsa ilaç alerjilerinizi işlem yapılmadan önce doktorunuza mutlaka bildiriniz. Yapılan işlem sonrası gerekli görüldüğünde verilecek tedavileri düzenli olarak kullanınız. Yara bölgesini temiz ve kuru tutunuz. Pansuman veya kontrol amacıyla verilen randevularınıza mutlaka geliniz.

- 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 bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- 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 :___/___/_____/___/___