

1. İşlemden beklenen faydalar

Elektrocerrahi, elektrik enerjisi kullanılarak uygun cihazlarla dokuda ısı hasarı oluşturma yoluyla etkili olan, elektrik akımı kullanılarak lezyonu tedavi amacıyla doku hasarı oluşturmak veya kanamayı durdurmak amacıyla kullanılan tedavi yöntemlerinin genel uygulama ismidir. İşlem öncesinde ağrının azaltılması için lokal anestezi yöntemlerinden biri seçilmektedir.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Tedavi uygulanacak dermatolojik hastalığa göre değişmekle birlikte, elektrokoterizasyon tedavisi uygulanmadığı takdirde mevcut hastalığın ilerlemesi, lezyonun büyümesi mümkündür. 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

Tedavi uygulanacak dermatolojik hastalığa göre farklı tedavi seçenekleri (kriyoterapi, cerrahi eksizyon, kimyasal koterizasyon vb. gibi) bulunmaktadır.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Uygulanan anestezi maddeye bağlı alerjik reaksiyonlar, işlem uygulanan alanda kanama, yara yeri enfeksiyonu, yara izi kalması, lezyonun tamamen çıkarılamayıp kısmen sebat etmesi ya da tekrarlaması, işlem sırasında veya sonrasında ağrı, işlem bölgesine komşu doku ve organlarda kısmi hasar gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

5. İşlemin tahmini süresi

Elektrocerrahi uygulanacak lezyon veya lezyonların büyüklüğü, sayısı gibi özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte, tahmini işlem süresi 10-30 dakika arasında değişmektedir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Elektrocerrahi 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 aspirin ve pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere kullandığınız tüm ilaçları, mevcut sistemik hastalıklarınızı, vücudunuzda kalp pili ve ameliyatla takılmış platin gibi metallerin olup olmadığını işlem yapılmadan önce doktorunuza mutlaka bildiriniz. Uygulama öncesinde hastanın üzerindeki metal takı ve objeler çıkarılmalıdır. Yapılan işlem sonrası gerekli görüldüğünde verilecek tedavileri düzenli olarak kullanınız. 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 :___/___/___