

1. İşlemden beklenen faydalar

Otolog serum deri testi (OSDT), uzun süreli kurdeşen (kronik ürtiker) hastalığı olanlarda otoantikor (ya da histamin salınımına yol açan faktörlerin) varlığını ortaya koymak amacıyla geliştirilmiş bir testtir. Hastadan alınan serum kendisine enjekte edilip herhangi bir reaksiyon oluşturup oluşturmadığına bakılır.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Uzun süreli kurdeşen hastalığında, hastada otoimmünitenin olup olmadığının tespit edilmesi halinde eşlik edebilecek başka hastalıklar açısından hastanın taranması ve kurdeşenin seyri açısından hastanın bilgilendirilmesi mümkün olacaktır. Otoimmünitenin varlığı saptanamazsa, hastaya bu şekilde olması gereken uygun yaklaşım gösterilmesi mümkün olmayacaktır. 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

OSDT işleminin alternatifi olarak otolog plazma deri testi ve bazofil salınım testi gibi tanı testleri bulunmaktadır.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Uygulamalar hastanın kendi serumu ve steril serum fizyolojik ile yapıldığından önemli bir risk taşımamaktadır. Gelişebilecek kızarıklık birkaç saat içinde tümüyle gerileyecektir.

5. İşlemin tahmini süresi

OSDT için, hastadan alınan kan 30 dakika oda ısısında pıhtılaşması için bekletilir. Santrifüj işlemi sonrası, hastanın ön kolu antiseptik solüsyon ile temizlenip hazırlanan serum deri içine enjekte edilir. 30 dakika beklendikten sonra test değerlendirilir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Otolog serum deri testi uygulamasında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.

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

Klasik antihistaminlerin en az üç gün, uzun etkili antihistaminler, trisiklik antidepressanlar ve fenotiyazin türevlerinin ise en az yedi gün önce kesilmiş olması gerekir. Uzun süreli sistemik steroid (kortizon) ya da immünsüpresif (bağışıklık sistemini baskılayıcı) ilaç kullanan hastalarda testin sonucu, yanlış olarak negatif sonuçlanabilmektedir. Bu nedenlerle kullandığınız ilaçlar konusunda ve ayrıca daha önce ciddi alerji (anafilaksi) öyküsü olup olmadığı konusunda hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Test sonuçlanana kadar hastaların uygulama bölgesinde beklemesi gerekmektedir.

- 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 :___/___/_____/___/___