

Sayın Anne / Baba,

Diyabet (şeker) hastalığında bazal kan tetkikleri ile bazen hastalığın tanısına varmak mümkün olmayabilir. Bu durumda uyarılı testler yapmak gerekir. Uyarılı testlerde çocuğunuza ağızdan bu amaç için kullanılan şeker verilir ve daha sonra 30 dakika ara ile damardan 5 kez kan alınır. Bu alınan kan örneklerinde hormon tayini yapılarak hastalığa tanı konur. Çocuğunuzun da şu ana kadar yapılan muayene ve tetkiklerde kesin tanı konulamamıştır. Bu nedenle uyarılı test yapılması gerekmektedir.

Bu nedenle şeker hastalığının araştırılmasında oral glukoz tolerans testi (ağızdan şeker yükleme testi) uygulanmaktadır. Testler sırasında ilaç hastane ortamında hemşire tarafından hastaya ağız yolu ile verilecektir. Testler sırasında ilaçlardan önce ve sonra belirli aralıklarla kan alınacaktır. İlaç öncesi ve sonrası 30 dakika aralıklarla toplam 5 kez hemşire tarafında kan alınacaktır.

Şeker yükleme testlerinde ağızdan şeker verildiğinde bazı çocuklarda kusma olabilir.

Çocuğunuza uyarılı endokrin testleri yaptırıp yaptırmamak tamamen size bağlıdır. Testlerin yapılmasına izin vermezseniz hastalığa doğru bir tanı konulamayabilir veya tanısı gecikebilir.

- 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 kullanılabilmesi 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.

ORDER VEREN (Hekim)

Adı – Soyadı : _____
Kaşe / İmza : _____
Tarih / Saat : ____/____/____

Testi Yapan Hemşire

Adı – Soyadı : _____
Kaşe / İmza : _____
Tarih / Saat : ____/____/____