



## ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ BİYOPSİ İŞLEMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.13

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:00

REV.NO:00

SAYFA NO: 1 / 2

Protokol no :  
Adı soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doğum Tarihi :  
Tarih :

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;  
Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

### BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :  
PLANLANAN TEDAVİ :

### İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

1-Biyopsi işleminin, tanı koymak amacıyla deriden küçük bir parçanın (0,3 mm - 1 cm) alınarak patolojik incelemeye gönderilmesi olduğu,  
2-İşlem öncesinde bölgenin uyuşturulduğu,  
3-Gerekirse dikiş atılacağı,  
4-İşlemden sonra bölge iyileşene kadar düzenli pansumanlar yapmam gerektiği,  
5-Yan etki olarak, anesteziye bağlı allerjik reaksiyonlar, kanama, enfeksiyon, skar (iz) kalabileceği,  
6-Bazen tanı koyabilmek için birden fazla biyopsi yapmak zorunda kalındığı anlatıldı.  
7-Bu bilgiler doğrultusunda, doktorumun yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında, üzerimde veya vekili olduğum hasta üzerinde biyopsi işleminin gerçekleştirilmesine yetki veriyorum.  
öncelikle aspirin ve coumadin gibi pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere kullandığınız tüm ilaçları, mevcut sistemik hastalıklarınızı işlem yapılmadan önce doktorunuza mutlaka bildiriniz.

### ALTERNATİF TEDAVİLER

Tanısal bir işlem olduğundan alternatifi yoktur.

### İŞLEME AİT KOMPLİKASYONLAR

1-Anesteziye bağlı allerjik reaksiyonlar görülebilir.  
2-İşlemi takiben kısa süreli kanama görülebilir.  
3-Enfeksiyon nadir de olsa gözlenebilir.  
4-Skar (iz) kalabilir.

### İŞLEMİN BASARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Bazen tanı koyabilmek için birden fazla biyopsi yapmak zorunda kalınabilir



## ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ BİYOPSİ İŞLEMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.13

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:00

REV.NO:00

SAYFA NO: 2 / 2

### ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

**Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere** ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum ( Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hasta İmza Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi İmza Tarih/ Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak): .....

.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı : .....

### Hastanın Dil / iletişim Problemi var ise;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmalıdır.

Tercüme Yapanın İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) : .....

\*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.