



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2897
	YAYIN TARİHİ	12.03.2020
	REVİZYON NO	00
ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI ARI VENOM İMMÜNOTERAPİSİ (ARI ALLERJİSİ AŞI TEDAVİSİ) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	Sayfa 1 / 5

DOSYA NO:

HASTANIN

Adı ve Soyadı :

Kayıt (protokol) numarası :

Doğum tarihi (gün/ay/yıl) :

Adresi :

Telefon numarası :

Başvuru tarihi :

Hastalığın tanısı/ön tanısı :

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi veya Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır).

Ad-Soyad ve Telefon Numaraları

1-

2-

SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı :

Uzmanlık alanı :

BU FORM SİZE NEDEN VERİLDİ?

BU FORMDA SUNULAN AÇIKLAMALARIN AMACI, SAĞLIĞINIZ İLE İLGİLİ KONULARDA ALINACAK KARARLARA SİZİ BİLİNÇLİ BİR BİÇİMDE ORTAK ETMEKTİR.

Başvuru nedeniniz olan şikayetleriniz değerlendirilmiş ve doktorunuz tarafından size “Aşı Tedavisi” (Allerjen İmmunoterapisi) uygulanması gerekli görülmüştür. Hastalığınızın tedavisi için size önerilen tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Yararlarını ve muhtemel risklerini öğrendikten sonra, önerilen tedaviye rıza göstermek ya da göstermemek tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

Formun 1. bölümündeki bilgilendirmeyi okuduktan ve varsa sorularınıza cevap aldıktan sonra; aşı tedavisini kabul ediyorsanız, lütfen bu formun 2. bölümünü doldurunuz.

Aşı tedavisini kabul etmemeniz durumunda ise bu belgenin 3. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Önerilen aşı tedavisi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda bu belgenin 4. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2897
		YAYIN TARİHİ	12.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI ARİ VENOM İMMÜNÖTERAPİSİ (ARİ ALLERJİSİ AŞI TEDAVİSİ) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 2 / 5

BİRİNCİ BÖLÜM

BİLGİLENDİRME

Arı venom immunoterapisi nedir?

İmmünoloji ve Allerji hastalıkları uzmanı hekimler tarafından karar verilen ve uygulanan bir tedavidir. Hastanın allerjik olduğu maddelerin gittikçe artan dozlarda aşı şeklinde uygulanmasıdır. Amaç, allerji yapan maddelere karşı duyarlılığı azaltmak ve şikayetleri önlemektir.

Arı allerjisinde aşı tedavisi (arı venom immunoterapisi) etkili tek tedavi yöntemidir.

Aşıların içinde ne var?

Aşıların içinde hastanın duyarlı (allerjik) olduğu arı allerjenleri vardır. Aşılar özel tekniklerle ve steril şartlarda hazırlanmaktadır.

Tedavide Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ve reçete ile temin edilen aşılar kullanılmaktadır.

Aşı tedavisinin istenmeyen etkileri var mıdır ?

Aşı enjeksiyonları sonrasında bazı reaksiyonlar görülebilir:

1. LOKAL REAKSİYONLAR: Enjeksiyon yapılan yerde kızarıklık, kaşıntı ve şişlik oluşmasıdır. En sık görülen aşı reaksiyonudur.
2. SİSTEMİK REAKSİYONLAR: Enjeksiyon yapılan yer ile sınırlı olmayan, tüm vücuda yayılabilen reaksiyonlardır. Nadir olarak gözlenirler. Görülme sıklık ve şiddetlerine göre;

a. Hafif reaksiyonlar: Vücutta yaygın kızarıklık, kaşıntı ve kabarıklıklar (kurdeşen, dabaz) şeklinde ortaya çıkar. Sistemik reaksiyonları çoğu hafif reaksiyonlardır.

b. Orta şiddette reaksiyonlar: Hafif reaksiyon bulguları ile birlikte gözlerde, burunda ve genizde kaşıntı, göz kapaklarında ve dudaklarda şişme, burun akıntısı, hışırtı, nefes darlığı, hırıltılı solunum, öksürük gibi bulgular vardır.

c. Ağır reaksiyonlar: Yukarıda sayılan bulgularla birlikte kan basıncı (tansiyon) düşüklüğü ve şuur kaybı vardır. Çok nadir olarak hayatı tehdit eder nitelikte reaksiyonlar gelişebilir.

Bu reaksiyonlar genellikle enjeksiyondan sonraki 20-30 dakika içinde gelişir.

Aşı tedavisi alan hastanın sorumlulukları nelerdir?

Aşı tedavisi devam ederken doktor tarafından verilmiş olan ilaç tedavilerine belirtilen doz ve sürelerde devam etmek zorunludur.

Hastalar aşı uygulaması için geldiğinde; bir önceki aşıdan sonra sorun olup olmadığını, halen herhangi bir şikayetleri olup olmadığını doktora ifade etmelidirler.

18 yaşından küçük hastalar aşı enjeksiyonlarına mutlaka veli/vasi gözetiminde gelmelidir.

Aşıdan sonraki ilk saatlerde aşırı fiziksel aktivite ve sıcak banyo yapılmamalıdır.

Başka bir hastalık nedeniyle başlanan "allerji dışı" ilaçlar doktora bildirilmelidir.

Her aşı enjeksiyonundan sonra en az 30 dakika süre ile klinikte beklenmelidir.

Aşı enjeksiyonları hangi aralıklarla ve ne kadar süreyle uygulanır ?

Tedavinin başlangıcında haftada 1 kez uygulanır. Belli bir süre sonunda idame dozuna ulaşılması hedeflenir. İdame dozuna geçilince enjeksiyonlar arasındaki süre kademeli olarak artırılır (onbeş günde bir, ayda bir... gibi).

Aşılar ortalama 4,5 yıl süreyle uygulanır.

Aşı tedavisi yerine uygulanabilen tedaviler var mıdır?

Aşı tedavisi ile aynı etkiye sahip başka bir tedavi seçeneği yoktur.

Arı allerjisi olan hastalarda; aşı tedavisi (arı venom immunoterapisi) uygulanmayan hastalara arılardan korunma yöntemleri öğretilir ve acil durumlarda kullanabilecekleri ilaçlar reçete edilir.



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2897
	YAYIN TARİHİ	12.03.2020
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI ARI VENOM İMMÜNOTERAPİSİ (ARI ALLERJİSİ AŞI TEDAVİSİ) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ		SAYFA NO Sayfa 3 / 5

İKİNCİ BÖLÜM

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Aşı tedavisi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konuları sorumlu hekime soruları sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim cevaplar aldım. Aşı tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu tedavi yöntemini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, aşı tedavisi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Tedavinin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş onam formunda” tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

AŞI TEDAVİSİNİ KABUL EDİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza :

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTANIN VELİSİ veya YASAL VASİSİ

(18 yaşından küçük hastalarda anne ve babası tarafından ayrı ayrı doldurulacaktır).

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2897
	YAYIN TARİHİ	12.03.2020
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI ARI VENOM İMMÜNOTERAPİSİ (ARI ALLERJİSİ AŞI TEDAVİSİ) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ		SAYFA NO Sayfa 4 / 5

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÖNERİLEN TEDAVİ YÖNTEMİNİ REDDETME

Sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkilerin ve risklerin farkında ve bilincinde olarak,

AŞI TEDAVİSİNİ KABUL ETMİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza :

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTANIN VELİSİ veya YASAL VASİSİ

(18 yaşından küçük hastalarda anne ve babası tarafından ayrı ayrı doldurulacaktır).

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2897
	YAYIN TARİHİ	12.03.2020
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI ARI VENOM İMMÜNOTERAPİSİ (ARI ALLERJİSİ AŞI TEDAVİSİ) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ		SAYFA NO Sayfa 5 / 5

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

Sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkilerin ve risklerin farkında ve bilincinde olarak, aşı tedavisi için
. tarihinde vermiş olduğum,

ONAMI GERİ ÇEKİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza :

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTANIN VELİSİ veya YASAL VASİSİ

(18 yaşından küçük hastalarda anne ve babası tarafından ayrı ayrı doldurulacaktır).

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza: