



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.47
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BİYOPSİ AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	Sayfa 1 / 2

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Yöntem:

.....Hastalığınızdan ötürü size biyopsi yapılmasını uygun görüyoruz. Bu işleme siz biyopsi için uygun koşulları sağladığınız ve işlemi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu işlemden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve biyopsi hakkında bilgilernenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu işlemin yapılmasını kabul ederseniz formu imzalayınız.

Bu işlem, derinizden doktorunuzun uygun göreceği yer, şekil ve büyüklükte bir parça alınarak mikroskopik inceleme yapmak amacıyla yapılmaktadır. Eğer kabul ederseniz size doktorunuz tarafından biyopsi yapılacaktır. İşlem süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Alternatifler:

Farklı tanı alternatifleri mevcuttur

İşlemin başarı oranı:

Hastaya göre değişebilmektedir.

İşlemin Riskleri:

Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlem de bazı potansiyel risklere sahiptir. Bunlar; kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalma, uygulanan uyuşturucu maddeye bağlı allerjik reaksiyonlar, parça alınan bölgenin altındaki ve yanındaki doku ve organlarda hasar ve yara yerinde ağrıyı içerir.

Tedavi Olmazsanız:

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 geçilebilecektir.



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.47
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BİYOPSİ AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	Sayfa 2 / 2

Onam Doğrulama:

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____