



ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ

BESİN YÜKLEME TESTİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.444
Yayın Tarihi	25.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 3

HASTANIN

Adı ve Soyadı : _____
Kayıt (protokol) numarası : _____
Doğum tarihi (gün/ay/yıl) : _____
Adresi : _____
Telefon numarası : _____
Başvuru tarihi : __ . __ . 20__
Hastalığın tanısı/ön tanısı : _____

Bu form KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.

SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı :
Uzmanlık alanı :

BU FORM SİZE NEDEN VERİLDİ?

Başvuru nedeniniz olan şikayetleriniz değerlendirilmiş ve besin allerjisi/reaksiyonu ile ilişkili olduğu kanısına varılmıştır. Bu aşamaya kadar yapılmış olan tetkikleriniz sonucunda, tanının doğrulanması ve sorumlu besinlerin tespit edilmesi amacıyla “BESİN YÜKLEME TESTİ” uygulama gerekliliği doğmuştur.

Hastalığınızın tanısı için size önerilen tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu formda sunulan açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Tanıya yönelik testin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

Önerilen tanı testini kabul etmemeniz durumunda bu belgenin 3. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Önerilen tanı testi 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.

Besin yükleme testi nedir?

Besinlere bağlı allerjilerin/reaksiyonların tanısında, Allerji ve Klinik İmmünoloji uzmanı hekimler tarafından uygulanması gereken bir tanı testidir.



ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ

BESİN YÜKLEME TESTİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.444
Yayın Tarihi	25.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	2 / 3

Kimlere, ne amaçla uygulanır?

Tıbbi öykü ve tanıya yönelik tetkiklerle besinlere bağlı allerji/reaksiyon düşünülen hastalarda, sorumlu gıda ya da gıdaları tespit ederek, tedaviye yön vermek amacıyla uygulanır. Konusunda uzman bir hekim gözetiminde, hastane şartlarında uygulanır.

Hazırlık aşamasında neler yapılır?

Test uygulanacak hastaya 5-7 gün öncesinde sorumlu olduğu düşünülen besinleri içermeyen bir diyet verilir. Besin yükleme testini etkileyecek ilaçlar, bildirilen süreler öncesinde kullanılmamalıdır (bu ilaçların isimleri ve testten ne kadar süre önce kullanılmaması gerektiğini bildiren liste ektedir). Ayrıca listede yer alamayan ve başka nedenlerle kullanılan ilaçlar (bitkisel ürünler dahil) varsa, hekime eksiksiz olarak bildirilmelidir.

Test nasıl uygulanır?

Daha objektif ve doğru sonuçlar elde etmek için test edilecek besinler, başka besinlerin içine karıştırılarak belli zaman aralıklarıyla küçük dozlardan başlayarak giderek artan dozlarda ağız yoluyla verilir.

Test nasıl sonlandırılır?

İki durum sözkonusudur: 1. Herhangi bir reaksiyon gözlenmeksizin en sona aşamaya ulaşıldığında. 2. Herhangi aşamada beklenen belirtiler ortaya çıktığında.

Test uygulaması için ne kadar zaman ihtiyaç vardır (Yaklaşık olarak 3-4 saat süreli bir testtir)

Besin yükleme testi en fazla 1 gün içinde tamamlanır. Ancak, test sonrasında, hekimin gerekli gördüğü durumlarda hasta belli bir süre klinikte gözlem altında tutulabilir.

Test sonuçları ne kadar sürede elde edilir?

Besine bağlı hastalığın türüne göre değişir: Uygulama yapılan gün ya da izleyen hafta içinde sonuçlar yorumlanır.

Test sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyonlar nelerdir?

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

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

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

Testin hastaya sağlayacağı faydalar nelerdir ?

Besin allerji/reaksiyonlarını tamamen ortadan kaldıran tedavi yöntemi mevcut değildir. Reaksiyonlarının tekrarlamasını önleyecek tek yaklaşım, sorumlu besinin saptanması ve diyetten tamamen çıkartılmasıdır.

Test uygulanmaz ise hastaya getireceği kayıplar nelerdir?

Bu test uygulanmaz ise tek tedavi seçeneği olan “sorumlu besinden uzak kalma” (eliminasyon) yöntemi uygulanamaz. Bu test sonucunda, gereksiz besin kısıtlamaları da önlenmiş olur.

Tedavinin Alternatifi: Yok.



ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ

BESİN YÜKLEME TESTİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.444
Yayın Tarihi	25.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	3 / 3

RIZA (ONAM GÖSTERME)

Yapılacak test konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konuları sorumlu hekime sordum, sorularıma yeterli ve anlayabileceğim tarzda cevaplar aldım. Test sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri (beklenen ve istenmeyen durumlar) konusunda bilgilendirildim. Bu tanı yöntemini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu testin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Testin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim.

Bu “aydınlanmış onam formunda” tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. **Besin yükleme testini** hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.

(Lütfen altı çizili bölümü VE adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).

HASTANIN

IVIG TEDAVİSİNİ KABUL EDİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

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:

Rızanın Alındığı Tarih /Saat