



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi

Geleneksel Ve Tamalayıcı Tıp Ünitesi

KUPA UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman No : S.YD.FR.01

D.Yayın Tarihi :22.06.2017

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No : 00

Sayfa No:1/1

Hastanın Adı Soyadı:

Hastanın tanısı:

Sayın hastamız/vekili, yasal temsilcisi;

Hastalığınızın tedavisi için size kupa uygulaması yapılması uygun görülmüştür. Bu tedavi uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz durumunda yapılacaktır. Bu belgeye imza atmanızın isteniyor olması sizde tereddüt yaratmasın. Her türlü tıbbi tedaviye başlanmadan önce yapılacak işlemler ve oluşabilecek istenmeyen durumlarla ilgili **hastanın ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi ve tedaviye rıza gösterdiğini belirten bir formun imzalanması kanuni bir zorunluluktur.** Bu formun ilk bölümü kupa uygulaması tedavisi ve olası istenmeyen durumlar hakkında sizi bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu bölümü okuduktan sonra başka sorularınız olursa doktorunuz bu sorulara cevap verecektir. Doktorunuza tereddüt ettiğiniz her konuda soru sorarak bilgi alabilirsiniz. Bu tedaviyi almak sizin rızanıza bağlıdır, dilerseniz tedaviyi reddedebilirsiniz. Ayrıca tedavinin herhangi bir aşamasında da tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

KUPA UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Kupa Uygulaması Nedir?

Kan dolaşımını arttırmak için bölgesel vakum oluşturmaya dayanan kuru kupa uygulaması ile belli vücut noktalarında bölgesel vakumla beraber yüzeysel cilt kesikleri oluşturarak kanın alındığı yaş kupa uygulamasıdır.

Yan Etkisi Var Mıdır?

Her tıbbi müdahalenin bir yan etkisi vardır. Her uygulamanın örneğin kan almanın bile iğne batırırken ağrı veya kanama gibi yan etkileri vardır. Tüm dünyada yaygın olarak yüzyıldır binlerce kere uygulanan doğal tedavi metodu olan kupa uygulamasının bahsedilen yan etkileri çok azdır. Bu yan etkiler sıklıkla kupa yönteminin uygulanmayacağı durumlarla ilgilidir. Trombofilebit (damarda pıhtı), aktif yaralar, cerrahi yaralar, dekompanse (kontrol altında olmayan) kalp hastalığı, anemi (hemoglobin 9,5mg/dl`nin altı, kansızlık), hemofili (kan hastalıkları), kanama/pıhtılaşma bozukluğu öyküsü, antiagregan (kan sulandırıcı) ilaç kullanımı durumunda ve varisin doğrudan üzerine kupa uygulanmaz.

Olası Yan Etkiler:

- Uygulama bölgesinde huzursuzluk hissi, ilgili bölgede kısa süreli uyuşma, kuvvetsizlik, vb. ortaya çıkabilir. Bu durum kısa sürede (15-20 dakikada) tamamen kaybolur.
- Çok sık:** Küçük morluklar, yaş kupa uygulamasından kullanılan kesici alete bağlı batma ağrısı ve kanama.
- Sıkça:** Hafif dolaşım şikâyeti, baş dönmesi, uygulama sonrası uyuşukluk.
- Bazen:** Uygulama yerinde birkaç gün sürebilen ağrı.
- Nadiren:** Uygulama yerinde hematon veya birkaç gün sürebilen morluklar.
- Çok nadiren:** Kullanılan maddelere (kupa, bistürivb) karşı alerjik reaksiyon.
- Çok nadiren:** Damar veya sinir zedelenmesi (Kural olarak tamamen hemen iyileşir).
- Çok ender olarak:** Lokal veya derin enfeksiyonlar
- Çok ender olarak:** Trombofilebit (damarda pıhtı) ve pulmoneremboli (akciğere pıhtı atması)
- Çok ender olarak:** Bulaşıcı hastalıklar (özellikle hepatit B, C, HIV)
- Çok ender olarak:** Hayatı tehdit edici kanama, anafilaksik şok (alerjik şok), nefes almada zorluk, şuur kaybı, kramp hali.

KUPA UYGULAMASI TEDAVİSİ ONAM BÖLÜMÜ

Hastalığının tanısının _____ olduğu doktorum tarafından bana anlatıldı.

- Hastalığının tedavisi için kupa uygulaması uygulanacağını biliyorum. Tedavinin nasıl yapılacağı, seans sayısı, süresi, kullanılan iğneler ve yöntemler vs. hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirildim.
- Kupa uygulaması tedavisi dışındaki diğer tıbbi tedavi yöntemlerini uygulama keyfiyeti tamamen benim tasarrufumda olup, doktorumun bu konuda beni kısıtlaması söz konusu değildir.
- Doktorumdan tıbbi durumum hakkında ve bunun tedavisi için yapılacak tıbbi girişimler konusunda her türlü bilgiyi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskler ayrıntılı olarak anlatıldı.
- Her türlü tıbbi tedavide olduğu gibi kupa uygulaması tedavisinde de şifa garantisi olmadığını biliyorum.
- Tedaviye düzenli ve zamanında gelmemin tedavinin sonucu üzerinde etkili olduğu konusunda bilgilendirildim.

Aşağıdaki sorulara yanına *evet* veya *hayır* yazarak cevap veriniz:

- Kadın hastalar için : Hamile olma ihtimaliniz var mı? _____
- Kanamayı kolaylaştıran bir hastalığınız var mı? _____
- Anti koagülan veya kanamayı artıran bir ilaç (Aspirin, Plavix, Coumadin v.s) kullanıyor musunuz? _____
- Kalp kapak hastalığınız var mı? _____
- Herhangi bir enfeksiyon hastalığınız var mı? _____
- Epilepsi (sara) hastalığınız var mı? _____
- Herhangi bir şeye alerjiniz var mı? _____

Bu uygulamaların Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödemesi olmadığı ve hastane yönetimi tarafından belirlenmiş olan _____ tl tutarındaki ilgili işlemlerin ücretinin hastane döner sermayesine yatırıldıktan sonra işlemlerin yapılabilmesi ve ünite personelinin ücretle ilgili doğrudan ilgisinin olmadığını biliyor ve bu durumla ilgili sorumluluğu üzerime alıyorum.

Kupa uygulaması tedavisi ile ilgili bu formda yazılı olan bilgileri okudum, anladım. Kafama takılan soruları doktoruma sorarak gerekli cevapları aldım ve aydınlatıldım. Aklımda tedavi ile ilgili herhangi bir karanlık nokta kalmadı. Bana tedavinin başarısı hakkında kesin bir garanti verilmedi. Kupa uygulaması tedavisi dışındaki diğer tıbbi tedavi yöntemlerini uygulama keyfiyeti tamamen benim tasarrufumda olup, doktorumun bu konuda beni kısıtlaması söz konusu değildir. Eğer istersem tedavinin her aşamasında uygulamadan vazgeçme hakkım olduğunu biliyorum. Tedaviye başladıktan sonra kupa uygulaması tedavisi ile ilgili olsun veya olmasın herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşırsam doktorumu en kısa zamanda bilgilendireceğimi beyan ediyorum ve kendi özgür irademle yapılacak tedavinin tüm sonuçlarını kabul ettiğimi **onaylıyorum.**

Tarih: ___ / ___ / _____ Saat: ___ / ___

(Lütfen el yazınızla **okuduğumu anladım ve kabul ediyorum** yazınız):

Hastanın Adı Soyadı (el yazısı ile) :

İmza:

Aşağıdaki bölüm doktor tarafından onaylanacaktır.

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, hastalığının tanısı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerden biri olan kupa uygulaması tedavisi hakkında, faydaları, uygulama şekli, olası risklerini belirten kliniğimize ait tanı ve tedaviyle ilgili bilgi dokümanlarını sağlayarak hastaya sözel olarak anlattım. Hastanın sorduğu sorulara yeterli ve tatmin edici açıklamalarda bulundum ve bu bilgileri anlamasını sağladım. Hasta yeterince aydınlatıldığını ve tedavi kabul ettiğini bu formu imzalayarak rıza gösterdi.

Tarih: ___ / ___ / _____ Saat: ___ / ___

Dr.Ad-Soyad-İmza: