|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TIBBİ SÜLÜK TEDAVİSİ**  **HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA FORMU** |  |

Aşağıdaki açıklamaları lütfen dikkatlice okuyunuz!!

anlaşılmayan ve açıklanmasını istediğiniz şeyleri sorunuz!!

Tıbbi Sülük Tedavisi Hasta Bilgilendirme Formu, sizi, ve uygulayıcıları korumak amacıyla düzenlenmiştir.

Sülük Tedavisine Uygunluğunuz için, geçirdiğiniz hastalıklar, kullandığınız ilaçlar, genel sağlık durumunuzla ilgili sorular sorulacaktır.

**Aşağıdaki durumlardan biri sizin için geçerli ise lütfen Sülük Tedavisi Uygulatmaktan vazgeçiniz**!!!

* 65 yaş üzeri yaşlılar
* Hamileler,
* Anemi hastalığı (kansızlık) olanlar,
* Hemofili hastalığı (kanamalı hastalıklar) olanlar,
* Kalp pili takılı olanlar,
* Organ nakli yapılanlar,
* Kemoterapi alanlar,
* Platinli hastalar,
* Düşük tansiyonlu hastalar,
* Ameliyat olanlar (en az 2 ay)
* Aktif kanamalı hastalar

**Sülük uygulanacak bölgeye;** parfüm, kozmetik ürün, jel sürmüş yada kullanmış iseniz lütfen bunu doktora bildiriniz

**Sülük Tedavisi** **Uygulaması şu şekilde yapılacaktır:** Öncelikle sülük uygulanacak bölge su ile temizlenecektir. Bu bölgeye daha önce kullanılmamış sülük uygulanacaktır. Uygulama sonrası sülük imha edilecektir. Uygulama bölgesi soğuk ise sülük temasını arttırmak için tampon benzeri bir ısıtma işlemi yapılacaktır. Sülüğün kan emmesi; uygulanacak bölgenin durumu, sülüğün özelliği gibi faktörlere bağlı olarak 5-10 dakika ile 2 saat arasında değişebilir. Tedaviniz tahminen 45 dakika sürecektir. Sülük uygulaması bittikten sonra uygulama yeri temizlenecektir. Sülük uygulanan yere tampon, steril hidrofil gazlı bez ve nefes alan tıbbi flaster ile kapatılacaktır.

**Sülük Tedavisi** **sırasında:** sinek ısırığı gibi bir acı, kanama ve heyecan hissi olabilir.

**Sülük Tedavisi** **sonrasında:** sülük uygulanan bölgede 24 saat devam edebilen kanama olabilir. Ayrıca bu bölgede nadiren enfeksiyon olabilir. Aksi durumlarda hekiminize başvurunuz.

Tedaviden en fazla oranda yarar ve en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Şunu da belirtmek isteriz ki: Sülük tedavisi (Hirudoterapi) uygulaması hastalığınızın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılmamaktadır.

**Hastanın beyanı:**

Sülük Tedavisi uygulanması sırasında uymam gereken yukarıdaki kurallar hakkında bilgi verildi. Sorduğum tüm sorulara yanıt aldım. Sülük Tedavisi ile ilgili yukarıdaki tehlike ve risklerin gerçekleşebileceğini biliyor ve kabul ediyor, sağlığım için gerekli olduğuna inandığım Sülük Tedavisi uygulamasının yapılmasını istiyorum. Eğer tedaviyi reddedersem bu durum tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Hastalığım için uygulanacak Sülük Tedavisi ile ilgili işlemlerin tamamını kendi rızamla ve hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:…………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Hasta*** Adı Soyadı | ***Şahit*** Ad Soyadı | Tıbbi Sülük Tedavisi Uygulayan  ***Tıp Doktoru*** |
|  |  |  |
| İmza | İmza | İmza |
|  |  |  |