
	KUPA UYGULAMASI (HACAMAT) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.65	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 3

Hastanın Ad-Soyadı:

Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin veya Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin

Adı-Soyadı: Tel. No:

SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınıza ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Bu formun **HER SAYFASININ** siz veya veli/vasi tarafından imzalanması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR.**

Kupa Uygulaması Nedir?

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



Uygulamaya Yetkili Personel: Sertifikası bulunan tabip, diş tabibi ve tabip gözetiminde sertifikalı sağlık meslek mensubu

Kupa Uygulanabilecek Durumlar: Kupa uygulaması aşağıdaki uygulamalar ve ilişkili olabilecek alanlarda tedaviyi destekleyici yöntem olarak kullanılır.

- Organik bir rahatsızlığı tanımlanmayan hastalarda immün sistemi güçlendirme
- Fibromiyalji sendromu
- Romatizmal hastalıklara ait kronik ağrı, eklem hareket kısıtlılığı, sabah tutukluğu, yorgunluk gibi durumlar
- Kas-iskelet sistemi mekanik ağrıları
- Diz ağrısı (osteoartrit vb.)
- Migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi organik olmayan baş ağrıları
- Organik olmayan uyku bozuklukları
- Sindirim sistemi hastalıklarına ait bulantı, kusma, kabızlık gibi durumlar
- Nevraljilere bağlı ağrılar
- İnmeye bağlı gelişen hıçkırık, yorgunluk, afazi gibi durumlar

Uygulanmayacak Durumlar:

- Tromboflebit,
- Aktif yaralar
- Cerrahi yaralar
- Dekompanse kalp hastalığı
- Anemi (hemoglobün 9,5 mg/dl'nin altı)
- Hemofili
- Kanama/pıhtılaşma bozukluğu öyküsü
- Antiagregan ilaç kullanımı durumunda

	KUPA UYGULAMASI (HACAMAT) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.65	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

➤ Varisin doğrudan üzerine kupa uygulanamaz.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILACAK DURUMLAR: İsteğe bağlı bir işlemdir. Tedaviyi destekleyici bir yöntemdir.

ALTERNATİF TEDAVİLER: Kupa uygulaması tedaviyi destekleyici yöntem olarak kullanılır.

RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

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 uzun süreden beri uygulanan doğal tedavi metodu olan kupa uygulamasının bahsedilen yan etkileri çok azdır. Bu yan etkiler sıklıkla kupa yönteminin uygulanmayacağı durumlara ilgilidir.

Yan Etkiler: Uygulama bölgesinde huzursuzluk hissi, ilgili bölgede kısa süreli uyuşma, kuvvetsizlik, vb. ortaya çıkabilir.

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 hematoma veya birkaç gün sürebilen morluklar.

Çok nadiren: Kullanılan maddelere (kupa, bistüri vb.) karşı alerjik reaksiyon.

Çok nadiren: Damar veya sinir zedelenmesi

Çok ender olarak: Lokal veya derin enfeksiyonlar

Çok ender olarak: Tromboflebit (damarda pıhtı) ve pulmoner emboli (akciğere pıhtı atması)

Çok ender olarak: Bulaşıcı hastalıklar (özellikle hepatit B, C, HIV)

Çok ender olarak: Hayatı tehdit edici kanama, anafilaktik şok (alerjik şok), nefes almada zorluk, şuur kaybı, kramp hali

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:.....

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 vs.) kullanıyor musunuz? _____

-Kalp kapak hastalığınız var mı? _____

-Herhangi bir enfeksiyon hastalığınız var mı? _____

-Epilepsi (sara) hastalığınız var mı? _____



-Herhangi bir şeye alerjiniz var mı? _____

Kupa uygulamasının geleneksel tamamlayıcı tıp (destek tedavi) uygulaması olduğu tedaviyi destekleyici olduğu tek başına tedavi edici özelliği olmadığı hakkında bilgilendirildim.

Kupa uygulaması tedavisi ile ilgili bu formda yazılı olan bilgileri okudum, anladım ve muhakeme ettim. 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 karşılaşsam doktorumu en kısa zamanda bilgilendireceğimi beyan ediyorum ve kendi özgür irademle yapılacak tedavinin tüm sonuçlarını kabul ettiğimi onaylıyorum.

Tarih: ___/___/____ Saat: ___/___

(Lütfen el yazınızla okudum, anladım ve kabul ediyorum yazınız):

	KUPA UYGULAMASI (HACAMAT) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.65	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

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: