

### **1-İşlemden Beklenen Faydalar**

Alerjik hastalıkların tedavisinde kullanılan önemli bir tedavi şekli olup hastalığın doğal gidişini değiştirebilecek tek tedavi yöntemidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün onayladığı bu tedavi ile şikayetleriniz azalacak ve ilaç kullanma ihtiyacınız giderek kaybolacaktır. Bu tedavi ile hastalığınızın oluşturduğu yaşam kalitesi bozulmalarınız da giderek düzelecektir.

### **2-İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar**

Yaşam kalitesindeki bozulmanız devam edecektir.

### **3-Varsa İşlemin Alternatifleri**

Alerji aşısı alerjik rinit (saman nezlesi), hafif ve orta dereceli astım ve arı sokmasına bağlı anafilaktik reaksiyonda kullanılan ve az önce de bahsedildiği gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün onayladığı önemli bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi iki yolla uygulanabilir. Birincisi, enjeksiyon (iğne) şeklinde; ikincisi ise, ağız yolu (dil altı) ile dir. Ancak hali hazırdaki bilgilerimiz ve deneyimlerimiz ışığında enjeksiyon tedavisi ile daha yüz güldürücü sonuçlar elde edilebileceğini biliyoruz. Her ne kadar aşağıda bahsi geçen yan etkilerin enjeksiyon şeklindeki tedavide biraz daha fazlaca ortaya çıkabildiğini bilsek de elde edilen yarar oranı göz önüne alınarak halen dünyada en çok enjeksiyon tipinde aşı tercih edilmektedir. Size önerdiğimiz tedaviye rıza gösterdiğiniz takdirde tedavinin enjeksiyon yoluyla mı yoksa ağız yoluyla mı uygulanması kararı yine size bağlıdır.

### **4-İşlemin Riskleri-Komplikasyonları**

Aşı tedavisi ile ortaya çıkabilecek olan yan etkiler veya riskler, uygulama bir alerji ve/veya klinik immünoloji gözetiminde yapılırsa son derece azdır. Bu nedenle aşı uygulaması donanımlı sağlık kuruluşları ve alerji ve klinik immünoloji uzmanı gözetiminde yapılmalıdır. Aşı uygulaması dış merkezde devam edilecekse bir başka uzman hekimin sorumluluğu altında ve acil müdahale şartları var olan merkezlerde yapılmalıdır. Beklenen riskler:

- Aşı uygulanan bölgede kızarıklık, kabarıklık, nadiren uzun dönemde geçici nodüller,
- Aşı ağızdan uygulanıyorsa; dilde, ağızda uyuşma hissi, nadiren karın ağrısı,
- Burun kaşınması, burunda tıkanıklık, hapşırık,
- Öksürük, hırıltı, nefes darlığı,
- Vücutta kaşıntı, kızarıklık, döküntü,
- Nadir de olsa şok benzeri fenalaşma hissi oluşabilir ve tıbbi tedavi gerekebilir.

### **5-İşlemin Tahmini Süresi**

Aşı en az 3, ortalama 5 yıl kullanılmalıdır. Doğru alerjen ve doğru dozlarla doğru kliniklerde uygulanan aşı tedavileri ortalama % 80-90 oranında başarı sağlamaktadır. Kişiden kişiye değişmekle beraber yaklaşık bir yıl sonra olumlu etkileri başlar. Bu nedenle aşı tedavisi başlanır başlanmaz hekime

danışmadan hastanın kullandığı ilaçların hemen kesilmemesi gerekir. Bir yıldan sonra hastanın kullanmak zorunda olduğu ilaçlar doktor kontrolünde azaltılabilir. İki yıl içinde bu tedaviden belirgin fayda görmeyen hastanın ise aşı tedavisi kesilir.

#### **6- Kullanılacak İlaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri Ve Dikkat Edilecek Hususlar**

İşlemden sonra en az 25-30 dakika aşı yapılan yerde oluşabilecek olan kızarıklık, kabarıklık ve/veya kaşıntıyı takip etmek yahut da oluşabilecek olan herhangi bir aşırı reaksiyona müdahale etmek için işlemin yapıldığı klinikte beklenmelidir. İşlem sonrası 30 dakika geçtikten sonra aşınızı uygulayan görevliye mutlaka aşı uygulama yerinizi kontrol ettirdikten sonra ayrılabilirsiniz.

#### **7- Hastanın İşlem Öncesi Ve Sonrası Dikkat Etmesi Gereken Hususlar İle Dikkat Edilmemesi Durumunda Yaşanabilecek Sorunlar**

- 1- Aşı tedavisine başlanacak olan hastaların şikayetleri (özellikle astım yakınmaları) kontrol altında olmalıdır. Bu nedenle allerji doktorunuz tarafından size verilen ilaçları, zamanında ve tam olarak kullanmaya devam etmelisiniz. Doktorunuza danışmadan ilaçlarınızda herhangi bir değişiklik yapmayınız.
- 2- Ateş yüksekliği ve enfeksiyon hastalığı belirtilerinin olduğu durumlarda aşı yapılmamalıdır.
- 3- Aşı yapılacağı gün allerjik hastalık belirtileri fazla ise o günkü enjeksiyon 1 hafta sonraya ertelenmelidir. Özellikle astımınız ağırlaşmışsa enjeksiyon ertelenip, doktorunuzun önerisine göre iyileşme sonrası yeniden devamedilebilir.
- 4- Enjeksiyonun yapıldığı gün aşırı fiziksel aktivite ve sıcak banyo yapmayınız.
- 5- Özellikle enjeksiyon yapılacağı gün allerjenlerden (polen, toz, rutubet ve tüylü hayvan gibi) sakınmaya çok daha fazla özen göstermelisiniz.
- 6- Beta bloker grubu tansiyon ve kalp ilaçlar (adlarını doktorunuza sorun) aşı tedavisi esnasında kullanılmamalıdır. Mutlak kullanılması gerekiyorsa çok daha dikkatli olunmalıdır.
- 7- Enjeksiyondan sonra 30 dakika süre ile gözlem altında kalınmalıdır,

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik verilerim dışında, hastalığımla ilgili tıbbi verilerin ve tetkik sonuçlarımın eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

**Hastanın veya Yakınının**

Adı- Soyadı :  
Tarih-Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_  
İmza :  
Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

**İŞLEMİ YAPAN (Hekim)**

Adı – Soyadı :  
Kaşe / İmza :  
Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_