



T.C. Sağlık Bakanlığı

## KUPA UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD.RB.		.../.../....		1 / 3

**Hastanın Adı-Soyadı:**

**Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl):**

**Protokol No:**

**Sayın hasta / vekili / kanuni temsilcisi;**

Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, yapılacak tedavi ve tıbbi müdahalelere rıza gösterip göstermeyeceğinize yardımcı olmak amacıyla sizi bilgilendirerek onayınızı almak ve yasal bir gerekliliğin ortaya çıkması halinde kullanılmak üzere hastane arşivinde saklamak için hazırlanmıştır.

Bilgilendirme de öncelikli uygulamamız yüz yüze sözlü anlatımdır. Anlamadığınız veya detay isteğiniz konularda tarafımıza başvurmanız halinde yeniden anlatılacaktır. Bilgilendirme istemediğiniz (kayıtlı) takdirde, bilgilendirme yapılmasını istediğiniz kanuni temsilcinize imza karşılığı anlatılacak veya işlemlere onay vermeniz yeterli olacaktır. Bilgilendirmede hedefimiz; yapılacak işlemlere özgür iradenizle onam kararı verip-vermemeniz için psikolojik durumunuz ve anlaşılma kapasiteniz de göz önünde bulundurularak yeterli bilgilendirmeyi yapmaktır.

Bu belge aydınlatılmış onam ile ilgili yürürlükteki mevzuatlar (Hasta Hakları Yönetmeliği, Sağlıkta Kalite Standartları vb.) çerçevesinde, bilgilendirme ve kapsamı konusundaki başlıkları içerecek şekilde belirlenmiş usul ve esaslara göre hazırlanmıştır. Kapsam başlıklarına göre konu çok detaylı olduğundan ve teknik olarak bu belgeye sığamayacağından, hasta lehine olacak ve bilgilendirme ihtiyacını karşılayacak şekilde özetlenmiştir. Bu belge hastalığınızın süreç ve tedavi işlemleri konusunda yeterli oranda bilgilendirildiğinize ve onayınızın (rıza) alındığına dair yasal ihtiyaçlarda ispat için geçerli olacaktır.

Bu formun her sayfasının siz veya kanuni temsilciniz tarafından imzalanması yasal bir zorunluluktur. Onayınızdan sonra da olsa işlem başlamamış ve sağlığınızla ilgili risk oluşturma durumu söz konusu değilse onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Önemli olan bu sürece bilinçli bir biçimde ortak olmanızdır.

**Kupa Uygulaması nedir?**

Kupa Uygulaması 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. Tedavide hangi kupa uygulama yönteminin kullanılacağını size doktorunuz önerecektir.

**Kupa Uygulaması Tedavisi Güvenli midir?:**

Kupa Uygulaması yan etkisi nadir olan güvenli bir tedavi yöntemidir.

**Kupa Uygulaması Kim Tarafından Yapılacak?**

Kupa Uygulaması T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş bir kurumdan eğitim almış ve sertifikası onaylanmış bir hekim tarafından yapılacaktır.

**İşlemin tahmini süresi:** 30 dakika sürmektedir. Size verilen randevu saati işlem kaydı için verilen saattir. Acil hastalar ve tıbbi rahatsızlıklarından dolayı önceliği olan hastalar nedeniyle randevu saatinden itibaren 2 saate varan sarkmalar olabilir. Randevuya gelmeden önce gündelik işlerinizi buna göre ayarlamanız önerilmektedir.

**Kupa Uygulamasından Beklenen Faydalar Nelerdir?**

Kupa uygulaması Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilen bir çok endikasyonda uygulanabilen bir tedavi seçeneğidir. Kupa uygulaması ile hastalığınızın tedavisi yapılabileceği gibi başka tedavi yöntemlerine tamamlayıcı olarak da uygulanabilmektedir.

**Kupa Uygulaması Yapılmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar Nelerdir?**

Kupa Uygulaması bir tedavi seçeneğidir, Kupa uygulanmamasına özgü karşılaşılabilecek bir sorun bulunmamaktadır.

**Hastalığının Tedavisi İçin Kupa Uygulaması Dışında Başka Seçenekler Var mıdır?**

Kupa uygulaması bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemidir. Kupa Uygulamasını tercih etmemeniz durumunda hastalığınızın tedavisi için başka yöntemler tercih edebilirsiniz.

OKUDUM,ANLADIM,KABUL EDİYORUM. İMZA:



T.C. Sağlık Bakanlığı

## KUPA UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD.RB.		.../.../....		2 / 3

### Kupa Uygulamasının Riskleri Ve Komplikasyonları Nelerdir?

Hemen her uygulamanın örneğin kan almanın bile iğne batırırken ağrı veya kanama gibi yan etkileri olabilmektedir. Tüm dünyada yaygın olarak yüzlerce yıldır uygulanan doğal tedavi metodu olan kupa uygulamasının bahsedilen yan etkileri çok azdır. Bu yan etkiler sıklıkla kupa yönteminin uygulanmayacağı durumlara 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 gibi durumlarda ve varis hastalığında varisin doğrudan üzerine kupa uygulanmaz. Tedavi sırasında veya sonrasında nadir de olsa aşağıdaki istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir: .

1. Uygulama bölgesinde huzursuzluk hissi, ilgili bölgede kısa süreli uyuşma, kuvvetsizlik, vb. ortaya çıkabilir. Bu durum kısa sürede (15-20 dakikada) tamamen kaybolur.
2. **Çok sık:** Küçük morluklar, yaş kupa uygulamasından kullanılan kesici alete bağlı batma ağrısı ve kanama.
3. **Sıkça:** Hafif dolaşım şikâyeti, baş dönmesi, uygulama sonrası uyuşukluk.
4. **Bazen:** Uygulama yerinde birkaç gün sürebilen ağrı.
5. **Nadiren:** Uygulama yerinde hematoma veya birkaç gün sürebilen morluklar.
6. **Çok nadiren:** Kullanılan maddelere (kupa, bistüri vb) karşı alerjik reaksiyon.
7. **Çok nadiren:** Damar veya sinir zedelenmesi (Kural olarak tamamen hemen iyileşir).
8. **Çok ender olarak:** Lokal veya derin enfeksiyonlar
9. **Çok ender olarak:** Trombofilebit (damarda pıhtı) ve pulmoner emboli (akciğere pıhtı atması)
10. **Çok ender olarak:** Başka bir hastada kullanılmış malzeme kullanılması durumunda bulaşıcı hastalıklar (özellikle hepatit B, C, HIV)

### Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri

Uygulamada ilaç kullanılmamaktadır.

### Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri

Sigara daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Bu nedenle beden ve ruh sağlığınız için sigara içmemelisiniz. Ayrıca tedavimizin etkinliğini artırmak için sağlıklı beslenmeye ve düzenli egzersiz yapmaya özen göstermelisiniz. Bu konuda istediğiniz zaman hekiminize danışabilirsiniz.

### HASTA,VELİ VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI?

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

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

1. Kadın hastalar için : Hamile olma ihtimaliniz var mı?
2. Vücudunuzda kalp pili veya elektronik bir implant var mı?
3. Kanamayı kolaylaştıran bir hastalığınız var mı?
4. Anti koagülan (kan sulandırıcı) veya kanamayı artıran bir ilaç (Aspirin, Plavix. Coumadin v.s) kullanıyor musunuz?
5. Kalp kapak hastalığınız var mı?
6. Herhangi bir enfeksiyon hastalığınız var mı?
7. Epilepsi (sara) hastalığınız var mı?
8. Herhangi bir şeye alerjiniz var mı?
9. Daha önce kupa uygulaması yaptırdıysanız bir yan etki ya da olumsuzluk oluştu mu?

OKUDUM,ANLADIM,KABUL EDİYORUM. İMZA:



## KUPA UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD.RB.		.../.../....		3 / 3

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 karşılaşsam ve/veya hamile kalırsam doktorumu en kısa zamanda bilgilendireceğimi beyan ediyor ve kendi özgür irademle yapılacak tedavinin tüm sonuçlarını kabul ettiğimi onaylıyorum.

### Önemli Notlar ve Hatırlatmalar

1. Bu formlardaki bilgilendirmeler bilimsel kitaplardan özetlenerek verilmiştir.
2. Bu bilgilerin dışında hastaya özgü ve özellik arz eden başka bilgilendirme başlıkları çıkabilir. Bu durum anlatılarak ekstra bölümünde el yazısı ile belirtilecektir.
3. Bilgilendirme istemediğiniz veya kısıtlama istediğiniz takdirde kendi el yazınızla sayfa sonunda kayıt altına alınarak imzalanacaktır.
4. Bilgilendirmede ihtiyaç halinde kayıtlı olarak tercüman ve hukuki vekaletçiniz bulunabilir.
5. Kişisel verileriniz ilgili mevzuat doğrultusunda izinsiz paylaşılmayacaktır.
6. Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilceği açıklandı.
7. Bu onam formunun tüm sayfaları parafırlanarak ve gerektiğinde kimlik kontrolü yapılarak imzalanacaktır.
8. Hastanın yasal temsilcisi yürürlükteki yasal mevzuata uygun olacaktır.
9. İsteddiğiniz zaman verdiğiniz onamı (rıızayı) geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır.
10. Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemleri anlayabilecek durumda değil yada imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.
11. Eğer izin vermiyorsanız lütfen verilen boşluğa el yazınızla "izin vermiyorum" yazınız.

Rızanın Alındığı Tarih : ...../...../..... Saat: ...../.....

**SÖZEL VE YAZILI BİLGİLENDİRMEYİ YETERLİ BULUYORUM.AYDINLATILMIŞ ONAM FORMUNU OKUDUM, ANLADIM ve ÖZGÜR İRADEMLE ONAYLIYORUM.**

Hasta Kendi El Yazısıyla:.....  
.....

Hasta Adı-Soyadı:  
Hasta T.C. Kimlik No:

İmzası

Hekimin Adı-Soyadı/Kaşe

İmzası

Hastanın Yasal Temsilcisi  
Adı-Soyadı

İmzası

OKUDUM,ANLADIM,KABUL EDİYORUM. İMZA: