

Ek-2: Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu

“Tromboze Eksternal Hemoroid Hastalığında Hasta Merkezli Operatif ve Konservatif Seçeneklerinin Tedavi Hemoroid Hastalığı Semptom Skoruna Etkisi: Ulusal, Prospektif, Non-Randomize Çalışma” başlıklı araştırmada eksternal (dış) hemoroidal (basur) hastalık nedeniyle tedavi uygulanan hastaların tedavi öncesi ve sonrası verileri incelenecektir. Bu çalışma ile dış basur nedeniyle hastaneye başvuran hastalara hangi tedavi yöntemlerinin uygulanmasının daha iyi sonuçlar verdiği araştırılacaktır. Bu hastalıkta uygulanan cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi yöntemlerinin sonuçları karşılaştırılarak hastaların ve hastalığın hangi özelliklerinin tedavi yöntemini seçmede etkili olduğu araştırılacaktır. Çalışma kapsamında yeni bir tedavi yöntemi uygulanmayacak olup hangi tedavi yönteminin seçileceğine tamamen hastanın hekimi karar verecektir. Dolayısıyla bu çalışmaya katılıyor olmak hekiminizin uygun görmediği bir tedavi yönteminin size uygulanacağı anlamına gelmemektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların kişisel bilgileri gizli tutularak yaş, boy, kilo, hastalığın durumu, hastanın tıbbi geçmişi ve mevcut şikayetleri, tedavi sonrası memnuniyet durumları kaydedilecektir. Uygulanan tedavi sonrasında belirli aralıklarla hastaların muayeneleri ve telefon ile takipleri yapılarak tedavi sonuçları değerlendirilecektir. Dolayısıyla rutin kontroller dışında çalışma sekreteryası tarafından aranarak hastalığınızın son durumu hakkında bilgiler alınacaktır. Kaydedilen bu veriler çalışma süresi sonunda incelenerek bilimsel toplantılarda ve dergilerde yayınlanmak üzere rapor haline getirilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olmakla birlikte katıldıktan sonra herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum sizin tedavi sürecinizi etkiemeyecektir. Çalışma protokolüne uymayan bir durum ortaya çıkması halinde (kontrollerin yapılamaması, telefon ile ulaşamama vb.) gönüllünün rızası aranmadan çalışma dışı bırakılacaktır. Yine bu durumda tedavi sürecinizde bir aksama olmayacaktır.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum. Bu bilgiler bana sözlü olarak da anlatıldı. Bu koşullar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı

Tarih

İmza

Açıklamayı yapan hekimin

Adı Soyadı

Tarih

İmza