

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

HIV (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) , AIDS (Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) hastalığına neden olan virüstür.

HIV vücudun savunma sistemini zayıflatmaktadır.

Vücudun savunma sistemi normal çalışan kişilerde kolaylıkla tedavi edilebilen hastalıkların HIV (+) kişilerde savunma gücü yetersiz kaldığından tedavisi güç olabilmektedir.

HIV/AIDS hastalığı önlenebilir bir hastalıktır.

HIV taşıyıcısı: HIV virüsü bulaşmış kişi, HIV(+) kişi

AIDS hastalığı: HIV taşıyıcısı kişide hastalık belirtilerinin görülmesi

Hastalığın Bulaşma Yolları:

- Korunmasız (kondom/kılıf/kaput/prezervatif kullanılmadan) yapılan her türlü cinsel temas (oral, vajinal, anal).
- Kan Yolu
 - Test edilmemiş kan, kan ürünleri, organ ve doku nakilleri,
 - Ortak kullanılan enjektör, iğne ucu,
 - Damar içi uyuşturucu kullananlarda ortak enjektör kullanımı,
 - Enfekte kan bulaşmış kesici aletler.
- HIV Taşıyıcı Anneden Bebeğe Geçiş
 - Gebelik sırasında
 - Doğum sırasında
 - Anne sütüyle emzirme sırasında

HIV testi, sağlığınız için önemlidir.

HIV enfeksiyonu kişinin bağışıklık sistemini zayıflattığından HIV taşıyıcısı kişilerde tüberküloz gelişme riski daha fazladır. HIV taşıyıcısı kişilerde tüberküloz hastalığı daha ağır seyreder, hastalığın ilerlemesini hızlandırır. Ayrıca tüberküloz hastalarının HIV taşıyıcısı olmaları durumunda, tedavi protokolü ve ilaçlarının ayrıntılı olarak tekrar değerlendirilip, yeniden düzenlenmesi gerekebilir.

Bir kişide HIV olup olmadığını öğrenmenin tek yolu test yaptırmaktır.

HIV testleri güvenlidir. Bu testler, ön test ve doğrulama testleri için bir veya daha çok kan numunesinin alınmasını içerir. Doktorunuz, size testlerin sonucu doğrultusunda, yapılması gerekebilecek diğer testleri de açıklayacaktır.

Sizin bilginiz dışında, üçüncü kişilerle test sonuçlarınızı paylaşılmayacaktır.

Doktorum tetkikin yapılmasına ilişkin olarak gerekli ve yeterli bilgiyi tarafıma yazılı olarak verdi. Yukarıdaki bilgileri okudum, sorularıma cevaplar aldım ve özgür irademle HIV testinin yapılmasını kabul ediyorum.

(Aşağıdaki boş yere hasta veya kanuni temsilcisi tarafından kendi el yazısı ile "kabul ediyorum" yazılacaktır).

.....

Tarih:

HASTANIN:

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....