



|                                                                         |                 |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | GN.FR.2826  |
|                                                                         | YAYIN TARİHİ    | 07.11.2019  |
|                                                                         | REVİZYON NO     | 0           |
|                                                                         | REVİZYON TARİHİ | --          |
|                                                                         | SAYFA NO        | Sayfa 1 / 2 |
| GENEL DAHİLİYE TORASENTEZ İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU       |                 |             |

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

### GİRİŞİMİN TANIMI

Akciğeri çevreleyen zarların arasına anormal olarak birikmiş sıvıyı büyük ölçüde boşaltmak veya bu sıvıdan az bir miktar alıp analiz etmek amacıyla yapılan bir girişimdir. Yani hem tanı hem de tedavi amacıyla yapılan bir işlemdir.

### HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Akciğerin dış kısmını kaplayan zarların arasında sıvı birikimi; kalp yetmezliği, tüberküloz, zatürre, kanser (akciğer veya akciğer dışı organ kanserleri), romatizmal hastalıklar, parazit, mantar infeksiyonları, travma gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. Tanı için bu alandan sıvının alınarak çeşitli tahliller yapılması gerekmektedir. Torasentez ayrıca yukarıda sayılan hastalıklara sahip hastalarda solunumu rahatlatmak amacıyla da yapılmaktadır.

### GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR?

Bu işlemin yapılmaması hastalığın tanısının tam olarak konulamamasına neden olabilir. Tanının eksik olarak konulması tedavi aşamasında da yetersizliğe yol açabilecektir. Ayrıca torasentez ile büyük ölçüde sıvı boşaltılabileceği için solunum sıkıntınızın tedavisi de yeterli olmayacaktır.

### GİRİŞİM NASIL YAPILACAK?

Göğüs duvarı cildi antiseptik ile temizlenir. İğnenin gireceği alana lokal anestezi enjeksiyonu yapılabilir. İğne ile alınan sıvı tahlil amacıyla laboratuara gönderilir. Hekim gerekli görürse solunumunuzu rahatlatmak amacıyla zarlar arası boşlukta birikmiş olan sıvıyı drenaj seti yardımıyla boşaltabilir. İğne yerinden çıkartıldıktan sonra kontrol amacıyla akciğer grafisi veya akciğer tomografisi çekilebilir.

### YAN ETKİLER

İğnenin giriş yerinde kanama, kaburgalar ve zarlar arasına kanama olması, iğnenin girdiği yerdeki dokulara zarar verilmesi, akciğerde sönme, bayılma, kan tükürme, öksürme görülebilir. Çok nadiren de akciğer etrafındaki boşlukta infeksiyon gelişmesi, hava embolisi, ölüm gibi ciddi durumlar meydana gelebilir.

### GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce bu girişimin yapıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

### GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR

İğne yerinden çıkartıldıktan sonra kontrol amacıyla akciğer grafisi veya tomografi çekilebilir. İşlemden sonra solunum sıkıntısı başlarsa hemen hekime haber verilmelidir. Girişimden sonra birkaç saat istirahat edilmelidir.

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

GENEL DAHİLİYE TORASENTEZ İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| DOKÜMAN KODU    | GN.FR.2826  |
| YAYIN TARİHİ    | 07.11.2019  |
| REVİZYON NO     | 0           |
| REVİZYON TARİHİ | --          |
| SAYFA NO        | Sayfa 2 / 2 |

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:**

- ... Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- ... Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- ... Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- ... Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- ... Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- ... Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- ... Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- ... İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

**Not:** Lütfen el yazınızla “2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

|                      | Adı-Soyadı | Tarih-Saat | İmza |
|----------------------|------------|------------|------|
| Hasta / Hasta Yakını |            |            |      |
| Doktor/Teknisyen     |            |            |      |
| Tanıklık eden        |            |            |      |

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**