

	T.C. NEC METTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2612
		YAYIN TARİHİ	19.06.2017
		REVİZYON NO	00
	NEFROLOJİ BİLİM DALI SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYON İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 2

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

Belirli tedavilerin yapılabilmesi (bazı ilaçlar, kontrollü sıvı, beslenme sıvıları, diyaliz) için uzun süreli kullanılabilecek damar yoluna ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla boyun, köprücük kemiği altı veya kasık bölgesindeki damarlardan uzun süre kalabilen kateterler yerleştirilmektedir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Hastalığınızın (sepsis, çoklu organ yetmezliği) tedavisinde kullanılacak olan bazı ilaçların ve beslenme sıvılarının vücuda verilebilmesi için geniş ve kalbe yakın damar yollarına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalığınızın (kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği) tedavisinde kontrollü sıvı vermek gerekmektedir. Ölçülerek ve kontrollü verilen sıvı tedavisi sonucu kalp ve böbrek yetmezliğinde artış söz konusu olmayacaktır.

Son evre böbrek yetmezliği tedavisi olan diyaliz işlemi için de bu tür damar yolu gerekmektedir.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR?

Bu işlemin yapılmaması gerekli olan kontrollü sıvı, bazı ilaçlar, beslenme sıvıları veya diyaliz gibi yaşamsal tedavilerin aksamasına neden olacaktır.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK?

Damar yolunuza uzun süreli kateter yerleştirilmesi için boyun, köprücük kemiğinin altı veya kasık bölgeniz antiseptiklerle temizlendikten sonra lokal anestezi ile uyuşturulacak ve kateter siz herhangi bir acı hissetmeden damarınıza yerleştirilecektir. Kateterin yerinden çıkmaması için cilde bir dikişle tespit edilmesi gerekmektedir. Cilde tespit edildikten sonra kateterin yeri tarafımızdan doğrulandıktan sonra ilaç, sıvı, diyaliz veya beslenme gibi tedavileriniz yapılacaktır.

YAN ETKİLER

İşlemin yapıldığı yerde kanama olabilmektedir. Nadiren infeksiyon, akciğer zarında hasar, lenf damarlarında veya sinirlerde hasar görülebilir. Eğer yeterli tespit yapılmaz veya hasta uygun pozisyonda durmaz çok hareket ederse kateter yerinden çıkabilir.

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

Girişimden sonra kateterin yerinden çıkmaması için özen gösterilmeli yavaş hareket edilmelidir.

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.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2612
		YAYIN TARİHİ	19.06.2017
	NEFROLOJİ BİLİM DALI SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYON İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 2 / 2

- ... Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
... Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
... Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
... İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

.....
.....
.....
.....

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta / Hasta Yakını			
Doktor/Hemşire			
Tamamlık eden			

Notlar:

1. Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim