

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2610
		YAYIN TARİHİ	19.06.2017
		REVİZYON NO	00
	NEFROLOJİ BİLİM DALI KARDİOVERSİYON ve DEFİBRİLASYON İŞLEMİ İÇİN	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	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 yaptıрма veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI

Hastamızın kalbi normal bir şekilde çalışmamaktadır. Kalp kası gereğinden çok fazla, çok az veya düzensiz kasılmaktadır. Bunun sonucunda kalp işlevini yerine getirememekte ve vücudun yaşamasını sağlayan kanı vücuda dağıtamamaktadır. Hastanın yaşamını devam ettirebilmesi için öncelikle kalp atımlarını elektroşok yöntemiyle düzene sokulması gerekmektedir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Kalp kasının gereğinden çok fazla, çok az veya düzensiz kasılması kalp hastalıkları ve bazı elektrolit bozukluklarından kaynaklanabilir. Kalp hastalıkları içinde kalp krizi, ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları ve kalp kası iltihapları sayılabilir.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR?

Eğer bu girişim yapılmazsa hastanın kalbi bir süre sonra durur ve hasta kaybedilir.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK?

Hastanın göğüs duvarında iki ayrı yere defibrilatör denilen cihazın metal kaşıkları ile belli düzeylerde elektrik akımı (elektroşok) uygulanır. Hastanın cildinin verilen elektrikten etkilenmemesi için metal kaşıkların üzerine tıbbi jel sürülür.

YAN ETKİLER

Nadiren metal kaşıklara yeterli jel sürülmediği için ciltte hafif yanıklar 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

Girişimden sonra hekiminizin belirlediği bir süre tedavinizi almalı ve istirahat etmelisiniz.

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.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2610
		YAYIN TARİHİ	19.06.2017
		REVİZYON NO	00
	NEFROLOJİ BİLİM DALI KARDİOVERSİYON ve DEFİBRİLASYON İŞLEMİ İÇİN	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/2

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			
Tanıklık 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