



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KODU	GN.FR.2012
YAYIN TARİHİ	09.01.2014
REVİZYON NO	01
REVİZYON TARİHİ	30.04.2015
SAYFA NO	1/2

ÇOCUK KARDİYOLOJİ BİLİM DALI

TİLT TESTİ ONAM FORMU

Hasta Adı - Soyadı

Dosya No

Tarih / Saat

.....
.....

.....

DEĞERLİ HASTAMIZ

● Eğik masa testi ile bayılma ya da bayılır gibi olma şikayetinin nedeninin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

● Eğik masa testi kolay uygulanabilmesi ve girişim gerektirmemesi nedeniyle yaygın olarak kullanılan bir

testtir. Diğer tetkikler ilaç uygulaması ve damarsal girişim gerektirmesi nedeniyle yerine kullanılabilir.

başka bir tetkik bulunmamaktadır.

● Eğik masa testi, bayılma nedenini aydınlatmak amacıyla yapılmaktadır.

● İşlem öncesinde hastaya damar yolu açılır, ritim ve tansiyon monitörüne bağlanır.

● Damar yoluna bağlı enfeksiyon riski mevcuttur.

● Hasta masaya yatırılır

● Testte masa dönem dönem 75° eğime kadar kaldırılır.

● Testte kalp hızında düşme, tansiyonda düşme, bunlara bağlı baş dönmesi, göz kararması, bulantı halsizlik, bayılma gelişebilir.

● Kalp hızındaki düşme ilaçlara müdahale, kardiyak resusitasyon, tansiyondaki düşme damar yolundan sıvı verilmesi gereğini doğurabilir.

● Kalp hızı veya tansiyondaki düşmede solunum da etkilenebilir, solunum problemi

gelişme durumunda oksijen desteğinden soluk borusuna tüp takılmasına kadar müdahale gerekebilir.

● Test ortalama 1 saat sürmektedir.

● Test esnasında yanınızda bir doktor bir de hemşire bulunacaktır.

● Yukarıdaki test hakkındaki bilgileri okudum. Testi kabul ediyorum.

Ben yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum. Eğik masa testi işleminin faydaları ve riskleri açıklandı. Eğik masa testi işleminin yapılmasının kabul ediyorum.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KODU	GN.FR.2012
YAYIN TARİHİ	09.01.2014
REVİZYON NO	01
REVİZYON TARİHİ	30.04.2015
SAYFA NO	2/2

ÇOCUK KARDİYOLOJİ BİLİM DALI

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

OKUDUM, ANLADIM, ONAYLIYORUM

İMZA
Doktor

İşlemi Yapan