

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.706
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
	GÖĞÜS HASTALIKLARI VE TÜBERKÜLOZ ANABİLİMDALI BRONKOSKOPİ ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1 / 2

Ünitenin Adı :

Protokol No :


Hastanın Adı Soyadı :

Ön tanı / Tanı:

Ben, kendime (/hastama), doktorumun bana açıkladığı şekilde, şikayetlerime neden olan hastalığımın tanısı için, solunum yollarının incelenmesi (bronkoskopi) işleminin yapılması gerektiğini öğrendim. Bronkoskopi işleminin, solunum yollarının, soluk borusundan itibaren her iki akciğere kadar uzanan bronş ağacının incelendiği ve gerekli durumlarda tedaviye yönelik işlemlerin de yapılabildiği bir işlem olduğunu, doktorumun, işlemden önce bazı kan testleri ve solunum fonksiyon testi, akciğer filmi ve/veya akciğer bilgisayarlı tomografisine gerek görebileceğini öğrendim. Bronkoskopi işleminden önce en az 4 saatlik açlık gerektiği, işlemden önce doktora varolan sağlık problemlerimi, düzenli kullandığım ilaçları, varsa allerjik olduğum ilaçları ve geçirdiğim ameliyatları anlatmam gerektiğini anladım. Bronkoskopi işlemi öncesinde üst hava yollarında (boğaz ve gırtlak) bölgesel uyuşma sağlayan ilacın buhar aletiyle (nebülizatör) bana solutulacağını ve sakinleştirici bazı ilaçlar kullanmamın istenebileceğini öğrendim. Bronkoskopi sırasında normal olmadığı düşünülen bir bölge ya da oluşum ile karşılaşıldığı zaman doktorumun bu bölgeden bronkoskop cihazı içinden geçirilecek "forseps" adı verilen bir alet yardımıyla biyopsiler, lavaj (yıkama) ve fırçalama yoluyla da örnekler almasının gerekebileceği bana anlatıldı. Bronkoskopi işlemi sırasında 1000 hastadan birinde hastaneye yatış, tıbbi ya da cerrahi tedavi gerektirebilecek istenmeyen sonuçlar (akciğer zar yaprakları arasına hava girmesi, bronş kanamaları, havayolu daralması, kalpte ritm bozuklukları gibi) olabileceği bana anlatıldı. İşlem sırasında ve sonrasında gelişebilecek bu istenmeyen durumların çözümü amacıyla müdahale ekipmanının hazırda bulundurulacağını öğrendim. Bazı hastalarda, bronkoskopi işlemi sırasında bronşlardan kaynaklanan bir kanama saptandığı takdirde, kanamanın durdurulması amacıyla, kanama yerine bronkoskop içinden ilaç injeksiyonu ya da lokal soğuk uygulaması yapılabileceğini öğrendim. Doğrudan bronkoskopi ile ilişkili olmamakla birlikte işlem sırasında kullanılacak ilaçlara bağlı allerjik reaksiyonlar ya da dolaşım, solunum sistemleriyle ilgili istenmeyen durumların (tansiyon düşmesi, solunum baskılanması v.b.) küçük bir hasta grubunda görülebileceğini anladım. Doğrudan bronkoskopi aracılığı ile yapılan işlemlere bağlı veya kendi hastalık durumum ile ilgili olarak işlem sırasında çok nadir de olsa ölüm riski olabileceğini anladım. Bronkoskopi sonrası doktorumun akciğer grafisine gereksinim duyabileceği, gereksinim duyduğu takdirde hemen müdahale edileceği, işleme devam edip etmeme kararının tıbbi durumuma göre doktorum tarafından verileceği konusunda bilgilendirildim. Eğer bana işlem öncesinde ilaç verilmiş ise, uyku hali yaratabileceğinden dolayı, eve giderken araç kullanmamam gerektiğini, eve gittiğimde nefesimde daralma hissedersen, geri dönerek acil servise başvurmam gerektiği anlatıldı. Doktorumun uygun göreceği zaman ve şekilde yemek yemeğe başlayabileceğimi öğrendim. Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/

"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	DOKÜMAN KODU	GN.FR.706
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
	GÖĞÜS HASTALIKLARI VE TÜBERKÜLOZ ANABİLİMDALI BRONKOSKOPİ ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2 / 2

yakınım bana okudu. Doktor, önerilen işlemin risklerini ve işlemi yaptırmadığım takdirde karşılaştığım riskleri ve olası seyrini anlattı. Bunun yanında tanı amaçlı bu girişimin sonuçlarının başarılı olamayabileceği uyarısında da bulundu. Tüm anlatılanları anladım. Bu test konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı. Bu bilgiler ışığında bana/ yakınıma bu tedavinin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ediyor ve hastalığımın tanı ve tedavisi için gerekli olan girişimlerin yapılmasına izin veriyorum.

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			