



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2258
	YAYIN TARİHİ	30.06.2015
GÖĞÜS HASTALIKLARI VE TÜBERKÜLOZ ANABİLİMDALI KAPALI PLEVRA BİOPSİ İŞLEMİ HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	1 / 2

Hastanın;

Adı – Soyadı :

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl) :

Protokol No :

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Bilgilendirme ve rıza belgesi, kişiye hastalığı ve bu hastalıkla ilgili yapılması planlanan işlemin anlatıldığı, kişinin de yapılması planlanan işleme onay verip vermediğini belirttiği bir formdur.

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa ayrıntılı bilgi alabilir, merak ettiğiniz tüm soruları sorabilirsiniz. Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İstedığınız zaman verdiğiniz izini geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Bu durum gerçekleştiğinde, "Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı" düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

1. BİLGİLENDİRME

Genel açıklamalar: Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda akciğer zarında ve/veya göğüs kafesi iç zarında hastalık olduğunu düşünüyoruz. Hastalığa bağlı olarak akciğer zarında ve/veya göğüs kafesi iç zarında kalınlaşma, düzensizlik, nodül, kitle gibi anormal bulgular olabilir. Aynı zamanda sıvı birikimi de mevcuttur. Bu duruma enfeksiyonlar, tüberküloz, romatizmal hastalıklar, kanama, kalp yetmezliği, kanser gibi birçok hastalık neden olabilir. Bu hastalığın gelişmesinin gerçek nedeni ve tedavi planı, yapacağımız biopsi işleminden elde edilecek materyalin patolojik incelemesi sonucunda netleşecektir. Kapalı plevra biopsisi, önce göğüs duvarının ve iki kaburga arasının yerel olarak uyuşturulması (lokal anestezi ile) sonrasında kalın bir iğne (Abrams veya cups denilen alet) ile girilerek dış akciğer zarından (parietal plevra) ufak biopsiler alınması işlemidir. İşlem yaklaşık 15-20 dakika sürer. Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik işlem ve uygulamaların, işlem öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir. Kapalı plevra biyopsisinin tanı oranı %39-75' tir. Tanı oranı, hastalıkla tutulan dış akciğer zarının alanı genişledikçe artar. Sıvı incelenmesi ile birlikte değerlendirilir ise tanı şansı %90'na ulaşabilir.

İşlemin uygulanmaması durumunda hastalığın tanısı konamayabilir, bu nedenle uygun olmayan bir tedavi yapılması söz konusu olabilir, hastalık ilerleyebilir, etrafınızdaki insanlara bulaşabilir (tüberküloz hastalığı varlığında) ve tedavi edilemez hale gelebilir. Bu nedenlerle biopsi girişimine izin vermenizi istiyoruz. Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik işlem ve uygulamaların, işlem öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir.

Kapalı Plevra Biopsisinin Riskleri: İşlem sırasında lokal anesteziye bağlı aşırı duyarlılık (anafilaksi), allerji, bayılma, tansiyon düşüklüğü, solunum ve kalp durması olabilir. İşleme bağlı kanama, akciğer hasarı, akciğer yaprakları arasına hava kaçması (pnömotoraks) göğüs duvarı, damar ve nadiren de olsa kalp veya büyük damar yaralanmaları, diyafram hasarı olabilir. Ölüm riski çok düşük olup onbinde dokuzdur (%00.9). İstenmeyen durumlar oluştuğunda; gerektiğinde

"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.2258
	YAYIN TARİHİ	30.06.2015
GÖĞÜS HASTALIKLARI VE TÜBERKÜLOZ ANABİLİMDALİ KAPALI PLEVRA BİOPSİ İŞLEMİ HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	2 / 2

hastaneye yatırılarak gözetim ve tıbbi müdahale uygulanacaktır. Akciğer yaprakları arasına hava kaçması (pnömotoraks) durumunda; hava az miktardaysa bazen sadece ayaktan takip, bazı durumlarda hastaneye yatırılarak oksijen tedavisi, havanın fazla olması durumunda ise göğüse tüp takılması işlemi yapılabilir. Ciddi kanama veya büyük damar yaralanması gibi durumlarda cerrahi işlem gerekirse, gerekli cerrahi müdahaleler yapılacaktır. Bu gibi ciddi olayların görülmesi oldukça nadirdir.

Yukarda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağını önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle onam formunu imzalayarak tüm bu riskleri bildiğinizi ve işlemi kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

2.ONAM (RIZA, İZİN)

- ... Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- ... Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- ... Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- ... Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- ... Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- ... Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.

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			