



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1178
	YAYIN TARİHİ	27.03.2013
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	1 / 2
HEMATOLOJİ BİLİM DALI SANTRAL DAMAR YOLU AÇILMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU		

Hasta Adı - Soyadı:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
Protokol Numarası (BİM NO):	Doğum Tarihi:
Baba Adı:	TC Kimlik No:

Sayın Hastamız/Hasta Yakınımız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz taktirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form sizi takip eden hekimin sizi **Santral Damar Yolu Açılmasının** amacı ve oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

Bu Girişimi Yaptırmanız Neden Gerekli?

Kanser tedavilerinde tedavinin uzun süreli olması, sık damar yolu girişi yapılması, sık kan örneği alınması, santral venöz basınç takibi, yüksek doz kemoterapi ilaçlarının kullanılması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, kök hücrelerin nakli ve fazla miktarda yoğun sıvı verilmesi nedeni ile son yıllarda kanser tedavilerinin uygulanmasında santral damar yollarının kullanımı artmıştır.

Yöntem Hakkında Bilgi

Öncelikle ayrıntılı muayenenizden sonra sizde bu girişimi yapmaya engel olabilecek herhangi bir bulgunun olmadığı değerlendirildikten sonra siz (hastanız) sırtüstü yatırılacaksınız. Bu arada doktorunuz ellerini yıkayarak, steril (mikroptan arındırılmış) eldiven giyecek ve işlem yapılacak bölgeyi mikroplardan temizlemek için iyotlu sıvı ile yeterince temizleyecektir. İşlem yapılacak bölgeye ortası delik olan steril bir örtü örtülecektir. Bu açık kalan bölgenin derisine bölgesel anestetik(uyuşturucu) uygulanarak işlem sırasında ağrı duymanız önlenecektir. Bu girişimi yapmak için üretilmiş iğne ile bu açık kalan bölgeden damar yolu(bu boynunuzdan ya da kasiğinizden olabilir) açıklığı sağlanacaktır. Her şey yolunda giderse bu işlem tahmini olarak 5-10 dakika sürecektir. İşlem sonrası kateter,dikiş atılarak sabitlenecek ve girişim yapılan bölgenin üzeri steril spanç ile kapatılacaktır.İşlem sonrası akciğer röntgeni çektilerilerek kateterin doğru yerde olup olmadığı ve komplikasyonlar yönünden değerlendirilecektir.

Yöntem Başarı Şansı

Santral damar yolu açılması işleminin başarı şansı yüksek ve komplikasyon oluşma riski deneyimli ellerde düşüktür.

Santral Damar Yolu Açılması Sırasında ve Sonrasında Oluşabilecek Komplikasyonlar:

Çok nadir de olsa aşağıdaki istenmeyen durumlar (komplikasyonlar) oluşabilir;

1-Santral damar yolu açılması işlemi sırasında Hemotoraks (akciğer zarları arasında kan toplanması) olabilir. Bu durum ek tedavi gerektirebilir. Bu durumda göğüs tüpü takmak gerekebilir. Komplikasyon oluştuysa bir kaç gün göğüs tüpü ile hastayı takip etmek gerekebilir.

2- Santral damar yolu açılması işlemi sırasında Pnömotoraks (akciğer zarları arasında hava toplanması) olabilir. Bu durum ek tedavi gerektirebilir. Bu durumda göğüs tüpü takmak gerekebilir. Komplikasyon oluştuysa bir kaç gün göğüs tüpü ile hastayı takip etmek gerekebilir.



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1178
	YAYIN TARİHİ	27.03.2013
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	2 / 2
HEMATOLOJİ BİLİM DALI SANTRAL DAMAR YOLU AÇILMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU		

3- Santral damar yolu açılması işlemi sırasında, girişim yapılan yerde **Hematom** (cilt altında kan toplanması) olabilir.

4- Santral damar yolu açılması işlemi sırasında girişim yapılan yerde çok nadir de olsa **Enfeksiyon** gelişebilir. Buna bağlı olarak ciltaltı yumuşak doku enfeksiyonu gelişebilir. Bu durum ek tedavi gerektirebilir (antibiyotik tedavisi).

5- Santral damar yolu açılması işlemi sırasında **Hava Embolisi** (damar içine hava girmesi ve bu havanın organların dolaşımını bozması) olabilir.

6- Kalbin sağ üst boşluğu (atriyum) ya da alt odacığının (ventrikül) kateter (damar içine konan ince boru) ile uyarılması sonucunda **Aritmi** gelişebilir.

7- Bu işlem esnasında veya sonrasında, kalp durması, kalp duvarının delinmesi, solunum yollarının tıkanması gibi hayati komplikasyonlar ortaya çıkabilir.

- Hekimim tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim
- Ben, (hastamın), doktorumun bana açıkladığı şekilde tedavi için planlanan **Santral Damar Yolu Açılması** için bir girişim geçirmem gerektiğini ve bunun için lokal anestezi hizmeti almamın gerekliliğini öğrendim. Tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak anestezi uygulamaları/girişim konusunda ve yapılacak işlemlerin potansiyel yarar ve sakıncaları ile ilgili bilgilendirildim.
- Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri ayrıntıları ile tarafıma anlatıldı. Komplikasyon geliştiği takdirde yeni bir girişimsel uygulama/medikal tedavi gerekebileceği bana bildirildi.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- Girişimin başarı olasılığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktoruma hastalığım ile ilgili soruları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.
- Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.
- Bu formu okudum veya bana okundu ve anlatıldı Dr.....'ın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında yukarıda açıklanan **Santral Damar Yolu Açılmasının** üzerimde /vekili olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine izin veriyorum.

Adı – Soyadı	İmza	Tarih/Saat
Hasta / Hastanın Yakını Yasal Temsilcisi(*)		
Hastanın Yakını-Yakınlık Derecesi: Hastanın Yasal Temsilcisinden Rıza Alınma Nedeni: <input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı <input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük <input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok <input type="checkbox"/> Acil		
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim		
Tanık (**)		
Tercüman (kullanılması halinde)		

***Yasal Temsilci:** Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

****Tanık:** Hukuken sorumlu kişi adına tanıklık yapma vasıflarına sahip bir ikinci kişi.