



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

HEMATOLOJİ BİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1476
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/2

## İNTRATEKAL TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı ..... Dosya No ..... Tarih / Saat .....

### Yöntem:

Bu işlem için hasta oturur veya yatar pozisyonda ve doktora arkası dönük olarak yerleştirilir. Bel bölgesi temizlenir ve özel bir iğne ile girilerek bel suyundan birkaç damla örnek alınır. Bu işleme lomber ponksiyon (LP) denir. Alınan bu sıvı kan gibi cama yayılır, boyanır ve mikroskopla bakılarak lösemi hücresi olup olmadığı araştırılır. Normalde hiç bir hücre yoktur. Varsa beyin-omurilik tutulumundan söz edilir. İntratekal (İT) tedavi ise hastalığın türüne göre farklı kemoterapi ilaçlarının lomber ponksiyon (LP) esnasında alınan sıvı örneğinin yerine verilmesi şeklinde uygulanır. Bu işlem esnasında ilaç oldukça yavaş uygulanır. İşlem esnasında ağrı duyulabilir, fakat hareketsiz kalmak önemlidir. Bazen hareketsiz kalmayı sağlamak için damardan sakinleştirici vermek gerekebilir.

### İntratekal Tedavi Riskleri:

LP esnasında hastanın hareket etmesi sonucu işlem hatalı gerçekleşebilir ve BOS örneği sağlıklı alınamayabilir. Beyin absesi, beyin kanaması ve beyin ödemi gibi riskli klinik durumlarda beyin fıtıklaşması gerçekleşebilir ve ölümlü sonuçlanabilir. Intratekal tedavi sırasında kullanılan ilaçların uygulanımı esnasında beyin boşlukları dışına sızması ile dokularda tahribat oluşması da yine nadiren görülebilecek riskli bir durumdur.

### Tedavi Olmazsanız:

Bu işlemlerin yapılmaması hastalığın tanısını geciktirecek ve tedavi başarısızlığına yol açacaktır. Eğer hastanızda beyin etkilenmesi varsa bunu İT tedavi vermeden düzeltmek mümkün değildir. Ayrıca beyin etkilenmesi olmasa bile, koruyucu olarak İT tedavi verilmezse, ileride beyin etkilenmesi ortaya çıkabilir ve ölümcül sonuçlar doğurabilir.

**Alerji/Kullanılan İlaçlar:** Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin işlem öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

"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

HEMATOLOJİ BİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1476
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/2

**Tıbbi araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

**Fotoğraf/İzleyiciler:** Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına işlem esnasında girişim odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

**Dokunun kullanımı:** Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim. İşlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

**Onam Doğrulama :**

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : \_\_\_\_\_

İmzası: \_\_\_\_\_

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : \_\_\_\_\_

Çalıştığı Kurum:

İmza : \_\_\_\_\_

"Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**