



Özel Ekol Hastanesi
TORASENTEZ İŞLEMİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Ana Adı:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi :

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptıрма veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI

Akciğeri çevreleyen zarların arasına anormal olarak birikmiş sıvıyı büyük ölçüde boşaltmak veya bu sıvıdan az bir miktar alıp analiz etmek amacıyla yapılan bir girişimdir. Yani hem tanı hem de tedavi amacıyla yapılan bir işlemdir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Akciğerin dış kısmını kaplayan zarların arasında sıvı birikimi; kalp yetmezliği, tüberküloz, zatürre, kanser (akciğer veya akciğer dışı organ kanserleri), romatizmal hastalıklar, parazit, mantar infeksiyonları, travma gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. Tanı için bu alandan sıvının alınarak çeşitli tahliller yapılması gerekmektedir. Torasentez ayrıca yukarıda sayılan hastalıklara sahip hastalarda solunumu rahatlatmak amacıyla da yapılmaktadır.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR

Bu işlemin yapılmaması hastalığın tanısının tam olarak konulamamasına neden olabilir. Tanının eksik olarak konulması tedavi aşamasında da yetersizliğe yol açabilecektir. Ayrıca torasentez ile büyük ölçüde sıvı boşaltılabileceği için solunum sıkıntınızın tedavisi de yeterli olmayacaktır.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK

Göğüs duvarı cildi antiseptik ile temizlenir. İğnenin gireceği alana lokal anestezi enjeksiyonu yapılabilir. İğne ile alınan sıvı tahlil amacıyla laboratuara gönderilir. Hekim gerekli görürse solunumunuzu rahatlatmak amacıyla zarlar arası boşlukta birikmiş olan sıvıyı drenaj seti yardımıyla boşaltabilir. İğne yerinden çıkartıldıktan sonra kontrol amacıyla akciğer grafisi veya akciğer tomografisi çekilebilir.

YAN ETKİLER

İğnenin giriş yerinde kanama, kaburgalar ve zarlar arasına kanama olması, iğnenin girdiği yerdeki dokulara zarar verilmesi, akciğerde sönme, bayılma, kan tükürme, öksürme görülebilir. Çok nadiren de akciğer etrafındaki boşlukta infeksiyon gelişmesi, hava embolisi, ölüm gibi ciddi durumlar meydana gelebilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.FR.10</i>	<i>25.09.2020</i>	-	-	<i>1 / 3</i>



Özel Ekol Hastanesi
TORASENTEZ İŞLEMİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce bu girişimin yapıpı yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR

İğne yerinden çıkartıldıktan sonra kontrol amacıyla akciğer grafisi veya tomografi çekilebilir. İşlemden sonra solunum sıkıntısı başlarsa hemen hekime haber verilmelidir. Girişimden sonra birkaç saat istirahat edilmelidir.

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "3 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın/Veli/Vasi/Yakınının(yakınlık derecesi) adı, soyadı ve imzası:

Hekimin adı, soyadı ve imzası:

Şahidin adı, soyadı ve imzası:

Yer/Tarih/Saat :

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.FR.10</i>	<i>25.09.2020</i>	-	-	<i>1 / 3</i>



Özel Ekol Hastanesi
TORASENTEZ İŞLEMİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.
- Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı, soyadı:

Adresi:

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:

Tarih:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.FR.10</i>	<i>25.09.2020</i>	-	-	<i>1 / 3</i>