

DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİ İÇİN

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ FORMU

| | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
| Doküman Kodu: DEAH-FRM-TKY-675 | Revizyon No: 63 | Sayfa 1 / 5 |
| Yayın Tarihi : 08.12.2011 | | |

HASTANIN

Adı Soyadı : Mehmet İBİS
Protokol Numarası : 110986
Doğum Tarihi : 02.06.1968
Telefon Numarası : 0.506.2152332
Adresi : Cumhuriyet Cd. Ulusbey S.K. No:22/12
Yoğurt / Merkez
Hastaneye Kabul Tarihi : 06.07.2011
Servise Yatış Tarihi : 07.07.2011
Hastalığın Ön Tanısı/Tanısı : Koadjuter Kist Hidatiki
Acil Durumda Onam Almak İçin Ulaşılabilecek Yasal Temsilcilerinin Ad-Soyad Ve Tel. Numaraları
1- Safiye İBİS 0.505.7108892
2-
Sorumlu Hekimin Adı - Soyadı: Hilal Gülüm Taran

I- YAZILI ONAM (RIZA):

Bu bölüm hasta tarafından okunacak ve doldurulacaktır.

Sayın hastamız lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz:

- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Önerilen girişim / tedavi hakkındaki bilgi formun ikinci bölümünde mevcuttur. Bu formun 3. ve 4. Sayfalarının bir kopyasını kendiniz için isteme hakkına sahipsiniz.
- Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Önerilen girişimi / tedaviyi kabul etmemeniz durumunda bu belgenin **2. Bölümünü doldurmak zorundasınız.**
- Girişim / tedavi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. Girişim / tedavi için verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda bu belgenin **3. Bölümünü doldurmak zorundasınız.**
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.
- Tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak girişim / tıbbi-cerrahi tedavi konusunda bilgi aldım.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyorum ve kabul ediyorum.
- Kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle, girişimin / tedavinin, öğretimden sorumlu bir hekim (öğretim üyesi, şef, şef yardımcısı, başasistan, uzman) gözetim ve sorumluluğunda, asistan / araştırma görevlisi doktorlar tarafından da uygulanabileceğini; ama her koşulda girişimi gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum.
- Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri konusunda bilgilendirildim.
- Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**RADYOLOJİ BÖLÜMÜ****PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİ İÇİN****HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ FORMU**

| | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
| Doküman Kodu: DEAH-FRM-TKY-675 | Revizyon No: 63 | Sayfa 2 / 5 |
| Yayın Tarihi : 08.12.2011 | | |

BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı-Soyadı:

Mehmet İBİS

Hastanın İmzası:



Tarih : 07.07.2011

HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı-Soyadı: —

İmzası :

Telefonu :

Adresi :

Tarih :

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı: —

İmzası :

Telefonu :

Adresi :

Tarih :

II- PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİ İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA):**Perkutan Kist Hidatik Tedavisi Nedir?**

Dışarıdan iğne ile kist hidatik parazitinin oluşturduğu kist içine girilerek yapılan cerrahi tedaviye alternatif bir tedavi yöntemidir.

Niçin Yapılır?

Cerrahi tedaviye göre daha az riskli hastayı daha az incitici yöntem olarak bazı kist tiplerinde ve bu yöntem için uygun yerleşimde olan kistler için yapılır.

Nasıl Yapılır?

Görüntüleme yöntemleri(genellikle ultrasonografi bazen bilgisayarlı tomografi) ile giriş yeri belirlenir. Giriş yeri uygun temizlik yapıldıktan sonra steril(mikropsuz) örtü örtülür. Giriş yerine ağrı duyusunu ortadan kaldıran ilaç(lokal anestezi) enjekte edilir. Görüntüleme kılavuzluğunda kist içine iğne ile girilir. Kist formu ve büyüklüğüne göre kist içine kateter yerleştirilir veya giriş yapılan iğne ile kist boşaltılır. Kist içine kistin canlılığını ortadan kaldıracak ilaç verilir ve tekrar boşaltılır. Kist büyükse kist içine

DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**RADYOLOJİ BÖLÜMÜ****PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİ İÇİN****HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ FORMU**

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|--------------------|
| Doküman Kodu: DEAH-FRM-TKY-675 | Revizyon No: 63 | Sayfa 3 / 5 |
| Yayın Tarihi : 08.12.2011 | | |

boyalı madde(kontrast madde) vererek kistin safra yolu ile ilişkisi olup olmadığına bakılır İlişki yoksa kist içine alkol vererek kistin içine sıvı birikmesinin önüne geçilir. Safra yolları ile ilişki varsa kateterden sıvı gelişi azalana kadar kateter yerinde bırakılır.

Perkutan Kist Hidatik Tedavisinin Riskleri ve Komplikasyonları:

- 1- İğne girişi ile ilgili komplikasyonlar: kanama, infeksiyon.
- 2-Allerjik reaksiyonlar anafilaktoik reaksiyon(ciddi alerjik reaksiyondur ölüme neden olabilir)
- 3-Kist sıvısının sızması ile diğer organlara hastalığın yayılımı.
- 4-Kimyasal safra yolu iltihabı(kist safra yolu ilişkili ve alkol verildiyse olur.
- 5-Kullanılan ilaçlara bağlı toksisite. Kist çok büyükse ilaç fazla kullanıldığında olur.

Perkutan Kist Hidatik Tedavisinde Önce Yapılması Gereken İşlemler:

- 1- İşlemden 1 hafta öncesinden başlayan ve 1 ay devam eden albendazol veya mebandozal ilacı kullanılır. İlaç hastalığın tedavisi sırasında muhtemel yayılımını önler.
- 2-Endişeyi azaltmak için sedatif ilaçlar verilebilir.
- 3-Hasta 6-8 saat aç olmalıdır.
- 4- İşlemden önce kanın pıhtılaşma özelliklerini gösteren hemostaz testleri (INR, APTT, fibrinojen, trombosit sayımı) ve kan ile bulaşan hastalıklar için (Hbs, HIV ve HCV) testler yapılmış olmalıdır. Hemostaz testleri istenilen seviyede değilse pıhtılaşmayı önleyen ilaçların alımının kesilmesi ve uygun tedavi verilmesi gerekir. Oral antikoagülan ilaç kullanan hastalar işlemden 3-4 gün önce ilaçlarını kesmelidirler.

Perkutan Kist Hidatik Tedavisi Sonrasında Yapılması Gereken İşlemler:

İşlemden sonra hasta bir süre gözlem altında tutulur. Hasta aynı gün aktiviteden uzak tutulur. Hasta 1,3, 6 ve 12 aylarda ultrasonografik, 1 yılda bilgisayarlı tomografi ile kontrol edilir.

YUKARIDA 1 SAYFADAN OLUŞAN “PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİNE AİT BİLGİLENDİRME FORMU”NU OKUDUM VE ANLADIM.

Tarih:07.07.2011.....

Bilgilendirmeyi yapan hekimin

Adı-Soyadı:Hilal Gülşan Turan.....

İmzası:Hilal.....

Hastanın

Adı-Soyadı:Mehmet İ.B.T.S.....

İmzası:Mehmet İ.B.T.S.....

DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİ İÇİN

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ FORMU

| | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
| Doküman Kodu: DEAH-FRM-TKY-675 | Revizyon No: 63 | Sayfa 4 / 5 |
| Yayın Tarihi : 08.12.2011 | | |

III- ÖNERİLEN GİRİŞİMİ / TEDAVİYİ REDDETME:

☐ BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL ETMİYORUM.

Hastanın Adı-Soyadı: Hastanın İmzası:

.....

Tarih:

HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı-Soyadı: İmzası:

.....

Telefon

Adresi:

.....

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı: İmzası:

.....

Telefon

Adresi:

.....

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİM

Adı-Soyadı: *H. M. G. T. T.* İmzası: *Hilal*

Kurum sicil no: *DR101097*

Tarih: *07.07.2011*

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı-Soyadı: *A. E. E.* İmzası: *A. E. E.*

Kurum sicil no: *28799*

Tarih: *07.07.2011*

DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

PERKUTAN KİST HİDATİK TEDAVİSİ İÇİN

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ FORMU

| | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
| Doküman Kodu: DEAH-FRM-TKY-675 | Revizyon No: 63 | Sayfa 5 / 5 |
| Yayın Tarihi : 08.12.2011 | | |

IV- GİRİŞİM / TEDAVİ İÇİN VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME:

BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASI İÇİN VERDİĞİM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA GERİ ÇEKİYORUM.

Hastanın Adı-Soyadı: Hastanın İmzası:

Tarih:

HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı-Soyadı: İmzası:

Telefon

Adresi:

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı: İmzası:

Telefon:

Adresi:

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİM

Adı-Soyadı: İmzası:

Kurum sicil no:

Tarih:.....

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı-Soyadı: İmza:

Kurum sicil no:

Tarih:.....