Hastanın;

Adı - Soyadı :
Doğum Tarihi(gün/ay/yıl):
Protokol No :

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. 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 bunları cevaplamak görevimizdir. 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. İstediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız —tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması‖ şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, “Bilgilendirme Ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı” düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

1. BİLGİLENDİRME

1.1. Genel Açıklamalar

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde sizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda Boyun ile köprücük kemiği arasında kalan alanda Lenf nodu büyümesi / Kitle saptadık. Bu alanda (skalen alan, supraklavikular alan) saptadığımız ve lenf nodu büyümesi olduğunu düşündüğümüz büyüme, bir kitle tarafından ya da başka hastalıklar nedeniyle de kaynaklanıyor olabilir.

İşlemden önce: Bir hekim size ne yapılacağını anlatacak ve işlemi kabul etmeniz halinde bir bilgilendirme ve rıza belgesi imzalatacaktır. Bu belgeyi imzalamanız, tüm işlemi anladığınızdan emin olmak için gereklidir. Eğer herhangi bir soru ya da kaygınız varsa, lütfen çekinmeden sorunuz. Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik ameliyat ve uygulamaların, ameliyat öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan

tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta

gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir.

İşlem süreci: İşlem lokal anestezi altında yapılır. Büyümüş lenf bezi üzerine bir kesi yapılarak dokular ayrılır ve lenf bezi / kitleden örnek alınır, ya da lenf bezi / kitlenin tamamı çıkarılır.

İşlemden sonra: Bir komplikasyon (istenmeyen durum) gelişmemesi halinde, doktorunuzun uygun görüşü ile evinize gidebilirsiniz. Bazen işlem sonrasında kontrol amaçlı tetkik ya da grafi çektirmeniz gerekebilir.

1.2 Tanısal Amaçlı Skalen veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisinden Beklenen Faydalar Bu hastalık tehlikeli bir iltihabi hastalık veya kanser olabilir. Bu büyümenin nedenini anlayabilmek için hastalıklı alandan örnek alınması gerekir. Bu işlem ile alınan lenf bezi örneklerinin ya da tamamının Patoloji kliniğinde yapılacak incelemesi sonucuna göre tedavi planı şekillenecektir.

1.3 Tanısal Amaçlı Skalen veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisinin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar Bilmeniz gereken önemli nokta bu ameliyatın tedaviyi değil hastalığın tanısını koymayı hedeflediğidir. Bu ameliyatı kabul etmemeniz durumunda tanı konulması mümkün olmayacağından tedavi de mümkün olmayacaktır.

1.4 Tanısal Amaçlı Skalen veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisinin Alternatifleri Büyümüş lenf bezelerinden iğne ile biyopsi alınması mümkündür ancak bu yöntemle tanı elde etmek ihtimali, cerrahi yolla yapılacak biyopsi işlemine göre oldukça düşüktür.

1.5 Tanısal Amaçlı Skalen veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisinin Tahmini Süresi İşlem ortalama yarım saat sürer. Planlanan işlem sırasında, beklenmeyen veya istenmeyen bazı durumlarla karşılaşabilir. Böyle

bir durumda, sizin sağlığınız için en uygunu olması şartıyla ek girişimler yapılabilir.

1.6 Tanısal Amaçlı Skalen veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisinin Riskleri Ve Komplikasyonları İşleme bağlı bir komplikasyon gelişme ihtimali %0.5 civarındadır. Bunlar; ses kısıklığı, kanama, akciğer zarında açılma, bağırsaktan emilen lenf sıvısını toplayan damar benzeri yapının zedelenmesi, yara iltihabı, apse, kesi bölgesinde hafif uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe gelişimi, ameliyat esnasında ve sonrasında kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin kullanımına bağlı olarak allerjiler dahil olmak üzere, tıbbi literatürde tanımlanmış sorunlar gibi durumlardır. Bunların oluşmaması için gerekli tedbirler alınacaktır. Oluşmaları halinde tedavi süresi uzayacak veya ek tedavilere ihtiyaç oluşabilecektir. Bu durumlar, çok nadir de olsa ölüme sebebiyet verebilir. Ölüm: Ölüm riski yok denecek kadar azdır (%0,5'in altında) Yukarda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle Bilgilendirme ve Rıza Belgesini imzalayarak tüm bu riskleri bildiğinizi Tanısal Amaçlı Skalen veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisini kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

1.7 Maliyet

- Sosyal Güvenlik Kurumuna mensup hastalarımızın yattıkları süre içerisindeki masrafları kurumlarından tahsil edilmekte olduğundan ek bir ödeme yapmanız gerekmemektedir.
- Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümlerine göre ek ödeme yapmaları gerekebilir.
- Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın hastane masraflarını kendileri ödemeleri gerekmektedir.

Durumunuzu bildirmeniz durumunda doktorunuz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilenmenizi sağlayacaktır.

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. İşlemin kim tarafından yapılacağını biliyorum.
- Ameliyatın yararları kadar riskleri ve komplikasyon adı verilen, istenmeyen ancak oluşması muhtemel olumsuz sonuçları olabileceğini ve sonuca ilişkin herhangi bir garanti verilemeyeceğini biliyorum.
- Ameliyatın yaklaşık olarak ne kadar süreceği ve girişim yolu ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirildim.
- 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 uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.
- Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

☐ KABUL EDİYORUM. ☐ KABUL ETMİYORUM.

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

☐ İZİN VERİYORUM ☐ İZİN VERMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

☐ İZİN VERİYORUM ☐ İZİN VERMİYORUM

Bu bölüme hasta/kanuni velisi, vasisi tarafından —OKUDUM, ANLADIM‖ yazılacaktır

.....

Hastanın Adı - Soyadı – İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:.....

Hastanın Velisi/Yasal Vasisinin

Adı–Soyadı–İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:.....

Şahit, Adı - Soyadı – İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:.....

İşlemi/Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin

Adı– Soyadı – Unvanı—İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:.....

Kaynak: Bu form, Türk Göğüs Cerrahisi Derneği tarafından yayımlanan "Tanısal Amaçlı Skalen Veya Supraklavikular Lenf Nodu Biopsisi İçin Bilgilendirme Ve Rıza Belgesi" belgesinden alınmıştır.
Özgün belge: http://www.tgcd.org.tr/wp-content/uploads/dosyalar/onam/pdf/tanisal-amacli-skalen-veya-supraklavikular-lenf-nodu-biopsisi-icin-bilgilendirme-ve-riza-belgesi.pdf
Derneğin onam formları sayfası: https://tgcd.org.tr/onam-formlari/