Bu onam formu size/hastanıza anlatılan işlemin “nasıl?”, “neden?” gerçekleştirilmek istendiğinin, bu “işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği”, “işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği”, bu işlemin “alternatifinin olup olmadığı” konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

İNVAZİV OLMAYAN MEKANİK VENTİLASYON NEDİR VE NEDEN YAPILIR?

Solunum yetmezliği tedavisi için solunum yoluna tüp yerleştirilmeden yüz veya burun maskesi kullanılarak, cihazlar yardımıyla basınçlı oksijen göndererek solunuma destek olunması işlemidir. Hastanın kendi solunumunun organların oksijen ihtiyacını karşılayamadığı (kronik akciğer hastalığı, kalp yetmezliği vs.) gibi durumlarda hastanın solunumuna yardımcı olmak için yapılır.

BU İŞLEM KİM TARAFINDAN, NEREDE VE NASIL YAPILIR, TAHMİNİ SÜRESİ NEDİR?

Bu işlem konusunda deneyimli bir hekim tarafından acil servis içinde monitörlü birimde yapılacaktır. İşlem yaklaşık 30 dakikalık döngüler halinde solunumunuzun rahatlamasına göre birden çok kez tekrarlanabilir. Şu şekilde yapılır:

1. Hastanın damar yolu açılır ve yaşamsal bulguları monitöre bağlı olarak izlenir.

2. Hastaya pozisyon (oturur veya yarı oturur pozisyonda) verilir.

3. Hastanın yüzüne uygun maske seçilir ve yerleştirilir.

4. Cihaz üzerinde hastaya uygun solunum modu seçilir ve cihaz çalıştırılır.

5. İşlem sırasında hastanın takibi; bilinç durumu, sürekli oksijen saturasyonu, solunum ve kalp hızı, hasta konforu, göğüs duvarı hareketleri ve arteriyel kan gazı ile yapılır.

6. Hastanın durumunda değişiklik olması durumunda hasta tekrar değerlendirilip cihaz ayarları değiştirilebilir.

BU İŞLEMİN BEKLENEN FAYDALARI NELERDİR?

Bu işlem, solunum yükünüzü azaltarak, kendi spontan (kendiliğinden olan) solunumunuzun rahatlamasını sağlayacaktır.

BU İŞLEME BAĞLI GELİŞEBİLECEK İSTENMEYEN ETKİLER NELERDİR?

1. Kullanılan maskeye bağlı burunda tıkanıklık, kulak ağrısı, ağız / burun kuruluğu, gözlerde etkilenme, yüzde bası yarası nadiren oluşabilir.

2. Hava yutmaya bağlı karında şişkinlik hissi olabilir.

BU İŞLEMİN RİSKLERİ NELERDİR?

1. Kullanılan cihazın uyguladığı basınca bağlı akciğer yaprakları arasına hava kaçağı ve hava birikimi olabilir. Bu durumda göğüs tüpü takmak gerekebilir ki bu işlem için de tekrar onam vermeniz gerekebilir.

2. Kusmaya bağlı mide içeriğinin hava yollarına kaçması ile akciğerde zatürre oluşabilir.

Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararın(ız)a olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiğini düşünmektedir.

BU İŞLEMİN YAPILMAMASI DURUMUNDA GELİŞEBİLECEK DURUMLAR NELERDİR?

Bu işlemin yapılmaması halinde, solunum sıkıntısında ağırlaşmaya bağlı solunum durması veya kalp durması gibi hayatı tehdit eden durumlar görülebilir.

BU İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ VAR MIDIR?

İnvaziv olmayan mekanik ventilasyonun yetersiz kaldığı durumlarda ya da kullanımını engelleyen koşullarda alternatif olarak hastanız uyutularak soluk borusuna tüp yerleştirme işlemi yapılabilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ NELERDİR?

Maske çıkarıldıktan sonra hekiminizin başka bir önerisi yoksa normal yaşantınıza dönebilirsiniz.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Acil durumlarda 112 acil sağlık hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Diğer konularda aile hekiminizden veya size işlemi uygulayan hekiminize başvurabilirsiniz.

Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum / yakınım bana okudu. Doktorum, önerilen işlemi, işlemin risklerini ve işlemi yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri; ayrıca bu işlemin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu bilgiler ışığında bana / yakınıma bu tedavinin / işlemin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Lütfen kendi el yazınızla ‘‘2 sayfadan oluşan bu onam formunu okudum, anladım ve kabul ediyorum’’ yazınız ve imzalayınız.

……

……

İşbu Form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

Adı-Soyadı Tarih-Saat İmza

Hasta / Hasta Yakını

Doktor

Tanıklık eden

Notlar:

1. Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoks, onay vekili tarafından verilir.

2. Bu form 2 nüsha doldurulur, bir nüsha hastada/yakınında kalır.

3. Bu aydınlatılmış onam formu asgari bilgileri içermekte olup, üzerinde gereksinimlere göre değişiklikler yapılabilir.

Kaynak: Bu form, Türkiye Acil Tıp Derneği tarafından yayımlanan “İnvaziv Olmayan Mekanik Ventilasyon Uygulanması” belgesinden alınmıştır.
Özgün belge: https://tatd.org.tr/wp-content/uploads/2021/06/İnvaziv-Olmayan-Mekanik-Ventilasyon-Uygulanmasi-4.pdf
Derneğin onam formları sayfası: https://tatd.org.tr/belgeler/dernek-belgeleri/hasta-onam-formu/