HASTA Adı ve Soyadı:	Telefon Numarası:
T.C. Numarası:	Başvuru Tarihi/Saat:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):	Hastalığın Tanısı/Ön Tanı:

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir. Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. (*NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.)*

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Teknik: Ultrason görüntülemesi yardımıyla iğne ile gebenin karın duvarından ve rahminden (uterus) geçilerek gebelik kesesine girilir ve kese içindeki amniyotik sıvıdan bir miktar (20 ml) alınır. İşlem süresi 30- 60 saniyedir. Nadiren ikinci giriş gerekebilir. Testlerin sonucu genellikle 2-3 hafta içinde çıkar. Nadiren laboratuvar sonuç veremeyebilir. Bu durumda girişim tekrarı gerekebilir.

Amaç: Kromozomların sayısı ve yapısı ile ilgili hastalıkların tanısı, ailede varlığı önceden bilinen genetik hastalıklardan mümkün olabilenlerinin tanısını koymak, bazı enfeksiyonların bebeğe bulaşıp bulaşmadığını göstermek amacıyla yapılır.

o İşlemden beklenen faydalar:

Fetüse ait genetik hastalıkların tanısına olanak sağlar.

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Olası bir genetik hastalığın tanısının konması imkânı sağlanamaz.

o Varsa işlemin alternatifler:

Bu işlem dışında, hastalığınız için uygun olan seçenekler doktorunuz tarafından sizin onayınız öncesinde aşağıda belirtilmiş olup; iş bu formdaki onamları vermekle aşağıda yazılı seçenekleri tercih etmemiş olduğunuz kabul edilir. Eğer uygun haftada ise koryon villus örneklemesi yapılabilir.

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

GenelKomplikasyonlar:

Gebelik kaybı: Amniyosentez' e bağlı düşük oranı %0,5 (1/200) dür. Düşüğün en sık nedeni, gebelik kesesinde açılan delikten kese içindeki sıvının sızarak hastanın vajinasından boşalmasıdır. Ayrıca işlem sırasında mikropların rahim içindeki dokulara geçişi ve rahim duvarından kaynaklanan kanamalar da nadiren düşük nedeni olabilir. Amniyosentez yapılmayan gebelerde de çeşitli nedenlerle düşük olabileceği unutulmamalıdır. Vajinal yoldan su gelmesi: Bu durumdaki gebelerin %10-25 inde düşük gelişebilir. Çoğu kez gebelik sorunsuz devam eder. Seyrek olarak bebek suyu az ya da susuz bir ortamda gelişmesini sürdürmek zorunda kalabilir. Bebeğin akciğerleri bu durumdan zarar görebilir.

Kanama: Genellikle kendiliğinden durur.

Enfeksiyon: Ciddi bir durumdur. Gebeliğin sonlandırılmasını gerektirecek ve anne hayatını tehdit edici bir hale gelebilir.

İğnenin bebeğe değmesi ve zarar vermesi: Günümüz tekniği ile bu olasılık çok azsa da, iğnenin bebeğe değmeyeceği garanti edilemez.

Kan uyuşmazlığı: Rh grup uyuşmazlığı olan gebelerde (anne Rh-, baba Rh+) amniyosentez izoantikorların oluşmasına neden olabilir. Bu durumu önlemek amacıyla amniyosentezden sonra anne adayına Anti D uygulanır.

Annenin karın duvarında hematom (kan pıhtısı): Nadirdir ve çoğu kez kendiliğinden geçer.

Anne ölümü: Tüm Dünyada bilinen nadir vakalar vardır. Görülebileceği ile ilgili anlaşılır açıklıkta bilgi verilmiştir.

o İşlemin tahmini süresi: İşlem toplam hazırlık süresi ile beraber 5-10 dk sürmektedir. Sıvının alınma süresi 30-60 saniyedir.*(Hekiminiz durumunuza göre ayrıca bilgilendirme yapacaktır.)*

o Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar :

....(Hekiminiz durumunuza göre ayrıca bilgilendirme yapacaktır.)

o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar :

İşlem uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde işlem yapılamaz.

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka

hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu "bilgilendirilmiş hasta onam formu" nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

OKUDUM, ANLADIM, ONAY VERİYORUM.

(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)

. . . . . .

Hastanın onamı (Mümkünse): *Adı Soyadı:* *Tarih/Saat:* *İmza:*	Tercümanın (İhtiyaç Halinde): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:	Tanık-Şahit (İhtiyaç Halinde Sağlık Personeli): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:
Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim: Adı Soyadı/Unvanı: Tarih/Saat: İmza:

(Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.)