Hastanın Adı, Soyadı: Randevu Tarih ve Saati:
Doğum Tarihi: Dosya no:
Cinsiyeti:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Hekiminizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen ön tanı / tanınızın netleşmesi için ek tetkik yapılması gerekmektedir. Bu form, sizi, uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1.ÖN TANI / TANI:

2.ÖRNEK ALINACAK ORGAN YA DA BÖLGE :

3.İŞLEMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

4.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi/Tru-Cut Biyopsisi lezyonlarda kanser varlığını araştırmak için kullanılan bir yöntemdir.Alınan örnekler patolojik örneklemeye gönderilir ve patoloji sonucuna göre tedavi planlanır**. *BİYOPSİ işlemi ultrasonografi ve/veya röntgen ya da bilgisayarlı tomografi rehberliğinde gerçekleştirilir. Bu yöntemler rehberliğinde kitlenin genellikle cilde en yakın olan bölgesi tespit edilir ve bu bölge yerel anestezi ile uyuşturulur. Kitleye görüntüleme yöntemi ile yönlendirilen iğne ile ulaşıldıktan sonra tıbbi tahliller için mikroskopik parçalar elde edilir. İşlemin başarılı olup olmadığı işlemden hemen sonra ultrasonografi ve röntgen kontrolleri ile teyit edilecektir. İşlemin tamamlanmasından sonra kanama duruncaya kadar giriş yerine baskı uygulanacaktır.***

5.ÖNERİLEN TETKİK:

Ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi/ tru-cut biyopsisi

6.İLAÇ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

7.ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

8.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: kitlenin tabiatı anlaşılamayacağından doğru tedavinin uygulanması güçleşecektir.

9.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

10. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ/YÖNTEM :İşlem yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi bir enjektör ucundaki ince bir iğne ile tru-cut biyopsi ise bu işlem için özel üretilmiş daha kalın bir iğne ile yapılmaktadır.

11. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Biyopsi işlemi kanama eğilimi olanlar hariç tüm hastalara yapılabilir. Biyopsi sırasında iğne batması sonucunda hafif bir ağrı duyulabilir. Seyrekte olsa kanama ve morarma, işlem steril şartlarda yapıldığından nadir de olsa enfeksiyon gelişebilir**.** *Girişim yapılacak organın ve hastalıkların özelliklerine göre büyük oranda değişiklik göstermekle birlikte görüntüleme yöntemleri rehberliğinde gerçekleştirilen iğne biyopsilerinin başarı oranı %90 civarındadır. Doğası gereği girişimsel bir işlem olduğundan nadir görülen ancak kesin olarak belirlenmiş yan etkilere sahiptir. Gösterilen azami dikkat ve özene rağmen girişime bağlı komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Dikkate alınması gereken hususlar:*

a-Girişim yerinde gerilim hissi, hafif ağrı (narkozun kesilmesinden sonra) ve küçük morluklar; kanama görülebilir

b-Nadiren damarlara mikrop girmesine kadar götürebilen enfeksiyonlar görülebilir

12.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

13.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR: İşlem sonrası 24-48 saat boyunca bir ağrı hissi olabilir. Böyle bir durumda kan hastalığınız, mide rahatsızlığınız veya ilaç alerjiniz yoksa ağrı kesici kullanmanızda sakınca yoktur. ASPİRİN

KULLANMAYINIZ. Aspirin kullanımı varsa işlemden 10 gün önceden kesilecek.

14.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

15. HASTA 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.
- 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.
- 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.

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

16.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

17 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum " yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)