Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

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.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

3.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi tiroid nodüllerinde tiroid kanseri varlığını araştırmak için kullanılan bir yöntemdir. Tiroid nodülü tiroid bezinde çevresinden kıvamca farklı, yuvarlak ya da oval kitlelerdir. Nodüller tek ya da çok olabilir. Sadece muayene ile toplumda 100 kişinin ortalama olarak 5'inde nodül saptanmaktadır. Bu oran ülkemizde daha yüksektir. Ultrasonografi ile 100 kişinin 45'inde tiroid nodülü tespit edilmektedir. Ülkemizde tiroid hastalıkları ve tiroid nodülleri yaygındır. Bu nedenle nodüllerde, kanser olup olmadığını ayırt etmek için tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi önem taşımaktadır.

4.ÖNERİLEN TETKİK:

Ultrasonografi Eşliğinde Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (Tiiab**)**

5.İLAÇ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

6.ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

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

8.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

9. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ/YÖNTEM

İşlem yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir (nodül sayısının artması ile bu süre artabilir). Ultrasonografi eşliğinde tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi küçük nodüllere (10mmden küçük nodüller) bile yapılabilmektedir. Biyopsi bir enjektör ucundaki ince bir iğne ile yapılmaktadır.

10. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Biyopsi işlemi kanama eğilimi olanlar hariç tüm hastalara yapılabilir. Biyopsi sırasında boğazda iğne batması sonucunda hafif bir ağrı duyulabilir. Seyrekte olsa nodül içine veya dışına kanamaya bağlı boyunda şişlik meydana gelebilmektedir.

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

12. HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR

İşlem sonrası 24-48 saat boyunca yutkunurken boğazda 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.

13.*GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:*

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 :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

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

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)