Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya 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.

1. BİLGİLENDİRME

1. GENEL AÇIKLAMALAR

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda akciğer zarları arasında sıvı birikimi tespit ettik. Akciğer zarları arasında sıvı birikimi enfeksiyon, kanser, tüberküloz, romatizmal hastalık, travma, kanama, kalp yetmezliği, parazit, hipoproteinemi, böbrek ve karaciğer yetmezliği gibi bir çok hastalık nedeniyle olabilir.

Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik işlem ve uygulamaların, işlem öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir. Planlanan işlem sırasında, beklenmeyen veya istenmeyen bazı durumlarla karşılaşabilir. Böyle bir durumda, sizin sağlığınız için en uygunu olması şartıyla ek girişimler yapılabilir.

2. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Torasentez, akciğer yaprakları arasında anormal olarak birikmiş olan bu sıvıyı, iğne aracılığı ile iki kaburga arasından girerek analiz etmek ve sıvının hangi nedenle oluştuğunun bilinmesi amaçlıyla yapılır. Ayrıca çok fazla birikmiş sıvıyı boşaltarak hastayı ve solunumunu rahatlatmak amacıyla da yapılabilir. Bu işlem sonucunda hastalığınızın tanısı konulabilir ve uygulanan tedaviler ile hastalığınızın düzelmesinde faydalar sağlanabilir.

3. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Hastalığın tanısı konamayabilir, bu durum doktorunuz tarafından size en uygun tedavinin başlanamamasına veya olasılıklar dahilindeki tahmini bir hastalığı karşı tedavi başlanmasına sebep olur. Tedavi başlanmaz ise hastalığınız ilerleyebilir veya en doğru tedaviyi alamayacağınız için hastalığınız tedavi edilemez hale gelebilir.

4. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Torasentezle sıvı alınmadığı durumlarda sıvının cerrahi ameliyat ile alınması söz konusu olabilir. Hastalığınızın durumuna göre, eğer sıvı haricinde akciğerde kitle ya da enfeksiyon vs gibi hastalıkları düşündürecek başka bulgular varsa, bronkoskopi balgam tahlilleri veya başka işlemler uygulanabilir. Ancak sadece sıvı varsa, sıvının ilk tercih edilen incelenme yöntemi torasentezdir.

5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Torasentez işlemi yaklaşık 5 dakika sürer, sıvıyı boşaltma amaçlı yapılırsa 30-45 dakika arası sürebilir

6. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

En sık karşılaşılan komplikasyon (istenmeyen durum gelişmesi,) hastaların %10'unda görülen, akciğer yaprakları arasına hava kaçması (pnömotoraks) durumunda, miktarına göre ya müşahade altında oksijen tedavisi uygulanarak takip edilir, ya da hastaneye yatırılarak oksijen tedavisi uygulanabilir. Göğüs duvarına tüp takılması işlemi yapılabilir. %2-3 ihtimalle de akciğer/ciğer zarı içine kanama olabilir ve ek bir işlem yapılması gerekebilir. Bazı hastalarda bayılma görülebilir. Ciddi kanama veya büyük damar yaralanması gibi durumlarında cerrahi işlem gerekirse, gerekli cerrahi müdahaleler yapılacaktır. Bu gibi ciddi olayların görülmesi oldukça nadirdir. Bazı hastalarda da ilaçlara bağlı allerjiler gelişebilir. Çok nadiren solunum ve kalp durması olabilir. İstenmeyen durumlar oluştuğunda hastaneye yatırılarak gözetim altında tutulma

ve tıbbi müdahaleler doktorunuz ve ekibi tarafından size uygulanacaktır,

Ölüm: Hayati risk çok düşüktür (%0,5'in altında) .

1.7 *KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:* Torasentez işlemi sırasında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.

1.8 *HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:* Herhangi bir öneri bulunmamaktadır.

1.9 GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ

Torasentez işleminin uygulanmasını/uygulanmamasını kabul etmek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Söz konusu işlem ile ilgili tekrar uygulama gerekmesi halinde hastanemize randevu alarak başvurabilirsiniz.

1.10 Maliyet

- Sosyal Güvenlik Kurumuna mensup hastalarımızın yattıkları süre içerisindeki masrafları SGK'dan tahsil edildiğinden, 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.

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:

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)