Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bu rıza belgesi 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 yada 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 içersinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp, imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

LOMBER PONKSIYON NEDIR VE UYGULAMA NASIL YAPILIR?

Beyin içindeki boşluklarda ve omurilik çevresinde dolaşan sıvının incelenebilmesi için uygulanan bir yöntemdir. Çeşitli hastalıkların (enfeksiyon, kanama, tümör, metabolik-dejeneratif, multiple skleroz vb) belirtilerini görebilmek, kafa içi basıncını ölçebilmek veya tedavi uygulayabilmek amacıyla lomber ponksiyon (LP) yapılması gerekebilir. Menenjit (beyin zarlarının infeksiyonu), ensefalit (beyin dokusunun infeksiyonu), subaraknoid kanama (beyin zarları arasına kanama) şüphesi olan olgularda ilk başvurulacak tanı yöntemidir. Lomber ponksiyon yapılırken yan yatırılır ya da oturtulur. Sırta bir antiseptik solüsyon sürülür. Deri içine bazen lokal anestezik enjekte edilebilir. Daha sonra, kalça kemiklerinin hizasında, omuriliğin sona erdiği noktanın altından bele ince bir iğne batırılır. BOS’a ulaşılana kadar iğne hafifçe ileriye doğru itilir. Test yapılmak üzere BOS özel steril tüplere akıtılır.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI

3. İŞLEMIN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABILECEK SORUNLAR

4.İŞLEMIN ALTERNATIFLER: Bu işlemin yerini tutacak ve aynı amaçlara hizmet edecek alternatif girişim bulunmamaktadır.

5. İŞLEMIN RISKLERI VE KOMPLIKASYONLARI

Uygulama alanında kanama ve bunun sonucunda kanama şiddetine bağlı olarak hematom (kanlı şişlik) gelişebilir. İğne girişinin olduğu bölgeden kalıcı beyin omurilik sıvısı sızıntısı olabilir. İşlem uygulanan bölge sinir köklerinin çıkış bölgesine yakın olduğu için sinir hasarı olabilir. Lomber ponksiyon sonrası baş ağrısı ve bel ağrısı görülebilir. Uygulama alanındaki deride infeksiyon gelişebilir. Nadiren herniasyon (beyin dokusunun omurilik kanalından kayarak ölüme kadar gidebilen bir takım olaylara neden olması) ve buna ikincil solunum ve kalp durması ve burada yazılı olan olaylar dışında nadir görülen komplikasyonlar da görülebilir. İşlem sonrasında 24 saat içinde işlem yerine konan spanç kaldırılır.

6.İŞLEMIN TAHMINI SÜRESI: Bu işlem 15-30 dakika sürmektedir.

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

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. 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:

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

12 .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)