KRİTİK DOĞUŞTAN KALP HASTALIKLARI TARAMA PROGRAMI

RET KAYIT FORMU

BEBEĞİN BİLGİLERİ	**VELİ / VASİ BİLGİLERİ**
Adı Soyadı:	Adı Soyadı: .....
Doğum Tarihi: ...../ ...../	Yakınlığı: .....
Cinsiyeti:	TC Kimlik No: .....
Doğum Yeri/Hastane:	Telefon: .....
TC Kimlik No:	Adres: .....

Bilgilendirme

Doğuşta Kalp Hastalığı (DKH), kalbin yapısını veya kan akışını etkileyen ve en sık görülen doğumsal sorundur. Bazı ağır vakalar “kritik” DKH olarak adlandırılır, erken tanı ve müdahale gerektirir. Doğumdan sonra erken dönemde fark edilmeyen hastalıklar ağırlaşabilir ve yaşamı tehdit edebilir. DKH, canlı doğan her 1000 bebeğin yaklaşık 8-10’unda görülür. Kritik DKH ise tüm DKH’nın %25’ini oluşturur. DKH’nin taramasında nabız oksimetre testi kullanılmaktadır. Bu test; basit, ağrısız ve acısız bir testtir; kandaki oksijen düzeyini ölçer. Doğan tüm bebeklere bu tarama yapılmaktadır.

Doğum sonrası ilk 24 saatte yapılan fizik muayene ile kritik doğuştan kalp hastalıklarının yalnızca yaklaşık %20-25'i saptanabilmektedir. Ayrıca birçok yenidoğan, duktus arteriyozusun açık kaldığı asemptomatik dönemde belirgin klinik bulgu vermeyebilir. Özellikle duktus bağımlı lezyonlarda oksijen satürasyonu, femoral nabız ve oskültasyon bulguları erken dönemde normal olabilir; üfürüm başlangıçta bulunmayabilir. Bu nedenle, erken dönemde yalancı negatiflik olasılığı göz önünde bulundurularza tekrar nabız oksimetre taraması ve klinik değerlendirme önemlidir.

Bu tarama: **Hayati öneme sahip kalp hastalıklarını erken dönemde saptamayı amaçlar.**

• Taburculuk sonrası geç fark edilebileceği için ani dolaşım bozukluğu ve ölüm riski bulunmaktadır. • Erken tanı ile ciddi sağlık sorunları ve ölüm riski azalır.

• Tarama, bebek için kısa, ağrısız ve güvenli bir testtir.

• Tarama sonucunda şüpheli bir bulgu saptanırsa, bebeğiniz ileri tetkikler için yönlendirilecektir.

Ret Beyanı Ben, yukarıda bilgileri bulunan bebeğin velisi/vasi olarak, yapılmasını istemediğimi beyan ederim. Bu kararıma ilişkin olası riskler tarafıma yazılı ve sözlü olarak açık bir şekilde anlatılmıştır. Taramanın yapılmaması durumunda, bu tarama ile erken tespit edilebilecek sağlık sorunlarından sağlık ekibini sorumlu tutmayacağımı ve tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ederim. **Veli/Vasi Adı Soyadı**: ..... İmza:	**Yukarıda bilgileri bulunan bebeğin;** ☐ Kritik Doğuştan Kalp Taraması- İlk Taraması ☐ Kritik Doğuştan Kalp Taraması-Tekrar Taraması reddedilmektedir. Tarih: ...../...../..... **Bilgilendirme Yapan Sağlık Personeli;** Adı Soyadı: ..... Ünvanı: ..... İmza: .....