Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI

Parasentez, karın boşluğunda birikmiş olan vücut sıvısının tanı ve/veya tedavi amacıyla dışarıdan bir iğne yardımıyla boşaltılması işlemidir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Ağır karaciğer, barsak hastalıkları, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, kanser gibi hastalıklar karın zarları arasında sıvı birikmesine ve karında şişliğe yol açmaktadır. Bu şişlik bazen hastanın nefes alıp vermesini zorlaştıracak kadar çok olabilir. Karında biriken sıvının hastanın solunumunu zorlaştıracak düzeye ulaştığı durumlarda veya buna sebep olan hastalığın tanısı için gerektiği durumlarda sıvının boşaltılması ve incelenmesi gerekir.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Op.dr.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Hastalığın tanısı konulamayıp uygun tedavisi yapılamayabilir. Ayrıca sıvının fazla olduğu ve solunum güçlüğüne yol açtığı durumlarda boşaltılmazsa solunum daha da kötüleşir ve solunum cihazına bağlanması hatta ağır durumlarda hastanın kaybedilmesi ile sonuçlanabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.GİRİŞİM NASIL YAPILACAK

İşlem hasta sırt üstü yatar durumda iken yapılır. Steril şartlarda antiseptik bir madde ile girişimin yapılacağı bölge temizlenir. Göbek ile kalçanın en çıkıntılı yeri arasında kalçaya daha yakın bir yerden damar yolu açmakta kullanılan iğnelerle karın zarları arasına girilir. Alınan sıvı mikroskopta incelenir, kültür ve biyokimyasal analizleri yapılır. Eğer sıvı çok miktardaysa iğnenin ucuna bir hortum takılarak boşaltılır.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

7.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Steril şartlarda çalışmamaya bağlı olarak nadiren infeksiyon gelişebilir. Çok nadiren de barsak zedelenmesi ve kanama görülebilir.

8.GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce bu girişimin yapılıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

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

10.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

11.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

12. 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:

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

14 .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)