Hastanın Adı, Soyadı: Randevu Tarih ve Saati:
Doğum Tarihi: Dosya no:
Cinsiyeti:

Bu onanı formu 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 ya da istenmeyen olaylar olabileceği", bu işlemin “alternatifinin olup olmadığı” konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmışta. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan soma rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

HASTALIĞIN /İŞLEMİNTANIMI:

Hastanın yaşamsal bulguları monitöre bağlı olarak izlenir, damar yolu açılır ve oksijen desteği sağlanır.

Soluk borusuna tüp yerleştirirken olabilecek bazı yan etkilere karşı uyutucu ve kas gevşetici ilaçlarla anestezi sağlanır. Hasta sıklıkla sonradan yapılan işlemi hatırlamaz ve ağrı duymaz.

Hasta sır üstü yatırılır, özel bir alet kullanılarak hastanın ağzı açılır ve özel tüp ses telleri arasından soluk borusuna yerleştirilir'.

Balon maske sistemi veya solunum makinesi ile tüpten akciğerlere hava ve oksijen üfletilir

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: ..... tarafından yapılacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

1. Hastanın kendi solunumunun veya kan dolaşımının yetmediği, organlara yeterince oksijen gitmediği durumlarda (kronik bronşit, kalp yetmezliği, astım, zature, ciddi zehirlenmeler, ağır travmalar, kalp ve solumun durması gibi) hastaya oksijen verip ölümü engellemek için uygulanır.
2. Bilinci bozuk olduğu için solunumu yeterli olmayan (beyin kanaması, felç, sara nöbeti gibi) hastalarda solunum durması ve ölümü engellemek için uygulanır.
3. Her ne sebeple olursa olsun radyolojik tetkik sırasında zapt edilemeyecek hastalara, uygun film çekebilmek için uygulanır. Sizin/hastanızın durumu bu maddelerden herhangi birisine uymadığını düşünüyorsanız işlemin size/hastanıza neden yapılmak istendiğini doktorunuza sorabilirsiniz.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Hastanın normal solunum işlemi sağlanamayabilir. Hastaya yeterli oksijen verilemeyebilir. Hastada solunum ve kalp durması gelişebilir. Bu nedenlere bağlı olarak hasta ölebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Yeterli solunumu sağlayabilmek için ve solunumun daha da bozulup durmasını önleyebilmek için, normal hayati fonksiyonları sürdürebilmek için, yeterli tetkiklerin yapılabilmesi için bu işlemin yapılması gerekiyor ve başka bir alternatifi yoktur.

5.BU İŞLEME BAĞLI GELİŞEBİLECEK İSTENMEYEN ETKİLER NELERDİR?

1. Tüpün yerleştirilmesi sırasında solunum yolundaki organlar (dudak, dil. boğaz, soluk borusu, akciğerler) ve sabit/takma dişler zarar görebilir.
2. Tüpün kaldığı süre içinde tıkanması, çıkması, balonunun patlaması sonucu, tüpün tekrar takılması gerekebilir.
3. Tüp çıkarıldıktan soma geçici boğaz ağrısı, ses kısıklığı, yutma zorluğu oluşabilir.

Tüpün uzun süreli kalmasına bağlı soluk borusunda-yemek borusunda kalıcı zararlar olabilir.

İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

1. Hava yolu açıklığının sağlanmasında güçlükler (dilin büyük, çenenin küçük ve size/ hastaya özel bazı yapısal nedenlerle) nedeniyle tüp soluk borusuna yerleştirilemeyebilir.
2. Tüp yanlışlıkla yemek borusuna girebilir, bunun hemen fark edilmemesi dununda hastanızın durumu bozulabilir, bu durum hastanın ölümü ile sonuçlanabilir.

3. İşlem sırası veya hemen somasında yapılan işlem nedeniyle veya verilen ilaçlara bağlı olarak hastada solunum ve kalp durması gelişebilir, bu durum hastanın ölümü ile sonuçlanabilir.

Endotrakeal entübasyon işlemi herhangi bir nedenle yapılamaz ise hastaya acil bir cerrahi müdahale yaparak gırtlağın altından delik açılması ve buradan nefes borusuna bir tüp yerleştirilmesi gerekebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Toplam işlem süresi yaklaşık 5-10 dakikadır.

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

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

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 : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: 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)