

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-15 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :02 Revizyon Tar.: 30.10.2013 Sayfa No :1/2
	ÖZOFAGOGASTROSKOPİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Hasta Adı-Soyadı:

Tarih :

Protokol No:

TANI HAKKINDA BİLGİ:

Özofagogastroskopi yemek borusu ve midenin özofagogastroskop adı verilen aletle incelenmesi işlemi olup; Özofagogastroskopi, yemek borusu, mide, istenirse on iki parmak barsağı ve ince barsakların başlangıç kesimini incelemek, örnek almak, yabancı cisim çıkarmak, yemek borusu ve mide içindeki genişlemiş damarlara ilaç uygulamak amacıyla yapılır.

TEDAVİ YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ:

Doktorunuz tarafından yemek borusu(özefagus), mide ve duodenumunuzu (ince barsağın ilk kısmı) değerlendirecektir. Bunun için doktor endoskop adı verilen ince, bükülebilir bir cihazı kullanacaktır. Bu şekilde içinizdekiler video ekranında görüntülenebilecektir. Bu işlem tahmini olarak 5 dk. - 10 dk. sürmektedir. Hastanın durumuna göre bu süreler değişmektedir.

İşlem boğazınıza lokal anestezinin (uyuşturucunun) bir sprey aracılığıyla sıkılmasıyla başlar. Rahatlamanız için doktorunuz tarafından gerek görülürse damardan yatıştırıcı da verilebilir. Daha sonra sol yanınıza uzanacaksınız ve doktor endoskopu yemek borusu, mide ve ince barsağınızın başlangıç kısmına kadar ilerletecektir. Endoskop nefes almanızla ilgili bir probleme yol açmaz. Hastaların çoğu test sırasında az bir miktar rahatsızlık hissetmekte, pek çoğu ise uyumaktadır.

Doktorunuz, patolojik inceleme için yemek borusu, mide veya duodenumunuzdaki deriden küçük parçalar alabilir.

TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ:

- Yemek borusu, mide ve ya duodenum duvarında yırtık oluşması (perforasyon). Bu nadirdir ve cerrahi gerekebilir. Buna bağlı olarak hastanede uzun süre yatabilirsiniz.
- Biopsi alınan yerde veya polip çıkarılan yerden kanama. Bu genellikle az miktardadır ve genellikle endoskopiyle durdurulur. Nadiren kanamayı durdurmak için cerrahi gerekebilir.
- Akciğer enfeksiyonu sık değildir ve genellikle akciğere kusmuk kaçması sonucu oluşur.
- Bedeninizin içindeki problemler veya teknik sorunlar nedeniyle işlem süresi uzayabilir.
- Hastalığınıza ait bozukluk ya da hastalığın atlanması gibi oldukça nadir bir olasılık da mevcuttur.
- Diğer olası riskler sakinleştiricilere karşı allerji gelişmesi ve akciğer veya kalple ilişkili hastalık riskleridir.
- İşlemin riskine bağlı olarak ölüm gerçekleşebilir ancak oldukça nadirdir.

ANLAMLI RİSKLER VE UYGUN TEDAVİ SEÇENEKLERİ:

Doktor bana özel riskleri ve problemler ile herhangi bir ters durumda meydana çıkacak olasılıkları anlattı. Doktor işlemin yapılmamasıyla oluşabilecek riskler kadar uygun tedavi seçeneklerini de açıkladı. Aynı zamanda alternatif tedavilerin de olabileceğini anlıyorum. Bu riskleri ve tedavi seçeneklerini hastane doktoruyla daha fazla tartışmak istemiyorum. İşlemin olmaması durumunda karşılaşılabilecek risklerin de farkındayım.

HASTA ONAMI:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-15 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :02 Revizyon Tar.: 30.10.2013 Sayfa No :2/2
	ÖZOFAGOGASTROSKOPİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Bana hasta bilgilendirme formu verildi ve ben de okudum. Bu işleme ait riskleri ve olası sonuçları anlıyorum. Diğer uygun tedavi seçeneklerinin olduğunu ve onların da risklerinin olduğunu farkındayım. Bu işlemin olmaması halinde hangi risklerle karşı karşıya geleceğimi biliyorum.

Doktorumla durumum, işlem ve onun riskleri ve benim tedavi seçeneklerim konusunda soru sorabilmem için randevu alma şansı verildi. Hastane doktorlarıyla tartışacak herhangi bir sorum yoktur.

Acil bir durum oluşursa işlem sırasında bana kan verilebileceğini biliyorum.

Uzman doktor dışında henüz bu konuda ileri düzeyde eğitim alan bir doktorun bu işlemi yürütebileceğini biliyorum. İşlem sırasında acil yaşamı tehdit eden olaylar oluştuğunda uygun şekilde tedavi edileceğimi anladım. İşlemin durumumu daha iyiye götüreceği konusunda bana garanti verilmedi ve işlemin durumumu daha da kötüye götürebileceğini biliyorum

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum ve bu onam formunu imzalayarak gerekli işlemlerin yapılması için izin veriyorum.

Hasta Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

TANIK İFADESİ

Hastanın imzasına tanıklık ediyorum.

Hasta/Hasta adına karar veren hasta yakınına hastane doktoruyla herhangi bir konuyu tartışılabilmesi için olanak tanıdım. Hasta/Hasta adına karar veren hasta yakınının yukarıdaki bilgileri anladığımı görüşündeyim.

Tanık adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığım, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formunu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Doktor Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih: