

OPTIMEDI	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-566 Yayın Tarihi : 12.03.2023
	PARASENTEZ (KARINDAN SIVI ALMA) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No : 00 Revizyon Tar.: ... Sayfa No : 1/4

Hasta Adı-Soyadı :

Tarih :

Protokol No :

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER:

Tanı veya tedavi amaçlı, özel bir iğneyle karın duvarında girilerek karın içindeki sıvıdan örnek alınması veya sıvının boşaltılması işlemidir.

Şu nedenlerle yapılır:

- Hastanın karın içerisinde bulunmaması gereken bir sıvı toplandığı zaman, bu sıvının kaynağını belirleyebilmek ve tedavi edebilmek için sıvıdan örnek alınması için;
- Karın içerisinde fazla miktarda sıvı biriktiğinde (kalp yetmezliği ve siroz gibi nedenlerle), hastanın nefes alması zorlaşabilir, karında şişkinlik ve ağrı oluşabilir, bu durumda sıvının alınması hastanın rahatlamasını sağlayabilir. Sizin/ hastanızın durumunun bu maddelerden herhangi birisine uymadığını düşünüyorsanız işlemin hastanıza neden yapılmak istendiğini doktorunuza sorabilirsiniz.

İşlem, bu konuda deneyimli bir hekim tarafından cerrahi uygulama için uygun bir ortam içinde uygulanacaktır. Sıvının boşaltılması planlanmışsa parasentez süresi uzayabilir.

AMELİYATININ GENEL RİSKLERİ

Bazen parasentez ile sıvı elde edilemez ve tekrarlanması gerekebilir.

Karın içinde sıvı toplanması, asıl hastalık düzeltilene kadar devam edebilir.

Fazla miktarda sıvı boşaltılırsa hastanın tansiyonu düşebilir ve baş dönmesi olabilir.

Nadiren girişim yapılan yerden kanama veya karın içinden sıvı sızması olabilir, kan sulandırıcı bir ilaç kullanıyorsanız hekiminizi işlem öncesinde bilgilendirmeniz gerekmektedir.

Girişim yerinde kızarıklık, sıcaklık artışı ve ağrı ile kendini gösteren enfeksiyon görülebilir.

Nadiren bağırsak, mesane duvarı veya karın içindeki damar delinebilir. Bu durum karın içi enfeksiyona ya da kanamaya yol açabilir. Bu durum erkenden fark edilse bile hastanın durumunu ağırlaştırıp ölüme sebep olabilir. Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararın(ız)a olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiğini düşünmektedir.

OPTIMEDI	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-566 Yayın Tarihi : 12.03.2023
	PARASENTEZ (KARINDAN SIVI ALMA) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No : 00 Revizyon Tar.: ... Sayfa No : 1/4

NASIL BİR TEDAVİ/GİRİŞİM UYGULANACAK (ALTERNATİF TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİ İÇERMELİDİR):

Hasta sırtüstü pozisyonda yatar. İşlem sırasında hastanın mutlaka hareketsiz durması gerekir. İşlemin yapılacağı bölge mikrop arındırıcı maddelerle temizlenir, bazen bölgenin etrafı steril örtülerle kapatılır. İşlemin yapılacağı bölgenin uyuşturulmasına sıklıkla gerek olmaz, bu durumda hasta iğnenin geçişi sırasında hafif bir ağrı duyabilir. Özel bir iğne ile karın duvarından girilerek karın içinde biriken sıvıdan örnek alınır veya sıvı boşaltılır, sonra iğne çıkarılır. Girişimin yapıldığı yere steril gazlı bez ile 2-3 dakika bası uygulanır, kanama ve sızma kontrolü yapılır, daha sonra steril gazlı bez ile kapatılır ve üzerine flaster yapıştırılır.

Günümüzde tanı ve tedavi açısından parasentezin yerini tutacak başka bir yöntem bulunmamaktadır.

BU İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Sıvının kaynağını belirleyebileceği gibi karnınızdaki şişkinliği azaltarak rahat nefes almanızı sağlar.

BU İŞLEMİN YAPILMAMASI DURUMUNDA GELİŞEBİLECEK DURUMLAR NELERDİR?

Hastanızın karın zarı iltihabı olup olmadığı veya varsa nedeni anlaşılabilir ve tedavisi yapılamaz. Erken tanı konulup uygun tedavi uygulanmadığında hastanın karını içinde sıvı birikimine neden olan hastalık hayati tehlike oluşturabilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Parasentez sonrasında doktorunuzla görüşmeden hastanızı ayağa kaldırmayın, yürütmeyin ve hastaneyi terk etmeyin. 2. Karın ağrısı, ateş yüksekliği, fenalaşma, parasentez yerinden kanama ya da sıvı sızıntısı gelişecek olursa hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmanız gerekir.

İşlemin Tahmini Süresi :

15-60 dakikadır.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:

Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....
.....

Hasta Adı Soyadı : İmza: Tarih:

Hekim Adı Soyadı : İmza: Tarih:

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

OPTIMEDI	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-566 Yayın Tarihi : 12.03.2023
	PARASENTEZ (KARINDAN SIVI ALMA) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No : 00 Revizyon Tar.: ... Sayfa No : 1/4

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğini ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Hasta Onamı:

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığının üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum

İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakınının Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

(Yakınlığı.....)

Tercüman Adı Soyadı:

İmza :

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığı, 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 formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :