

TORASENTEZ İŞLEMİ BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Hastanın;

Adı - Soyadı :
Doğum Tarihi(gün/ay/yıl):
Protokol No :

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, "**Bilgilendirme Ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı**" düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

1. BİLGİLENDİRME

1.1. Genel Açıklamalar

Şikayetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda akciğer zarları arasında sıvı birikimi tespit ettik. Akciğer zarları arasında sıvı birikimi enfeksiyon, kanser, tüberküloz, romatizmal hastalık, travma, kanama, kalp yetmezliği, parazit, hipoproteinemi, böbrek ve karaciğer yetmezliği gibi bir çok hastalık nedeniyle olabilir.

Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik işlem ve uygulamaların, işlem öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir. Planlanan işlem sırasında, beklenmeyen veya istenmeyen bazı durumlarla karşılaşabilir. Böyle bir durumda, sizin sağlığınız için en uygunu olması şartıyla ek girişimler yapılabilir.

1.2 Torasentez İşleminin Beklenen Faydalar

Torasentez, akciğer yaprakları arasında anormal olarak birikmiş olan bu sıvıyı, iğne aracılığı ile iki kaburga arasından girerek analiz etmek ve sıvının hangi nedenle oluştuğunun bilinmesi amaçlıyla yapılır. Ayrıca çok fazla birikmiş sıvıyı boşaltarak hastayı ve solunumunu rahatlatmak amacıyla da yapılabilir. Bu işlem sonucunda hastalığınızın tanısı konulabilir ve uygulanan tedaviler ile hastalığınızın düzelmesinde faydalar sağlanabilir.

1.3 Torasentez İşleminin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Hastalığın tanısı konamayabilir, bu nedenle uygun olmayan bir tedavi yapılması söz konusu olabilir, hastalık ilerleyebilir ve tedavi edilemez hale gelebilir. Tüberküloz hastalığı varlığında hastalığınız ilerleyebilir, etrafınızdaki insanlara bulaşabilir.

1.4 Torasentez İşleminin Alternatifleri

Torasentezle sıvı alınmadığı durumlarda bu sıvının başka alınma yöntemi yoktur, hastalığınızın durumuna göre eğer sıvı haricinde akciğerde kitle ya da enfeksiyon vs gibi hastalıkları düşündürecek başka bulgular varsa bronkoskopi balgam tahlilleri veya başka işlemler uygulanabilir ancak sadece sıvı varsa, sıvının tek incelenme yöntemi torasentezdir.

1.5 Torasentez İşleminin Tahmini Süresi

Torasentez işlemi yaklaşık 3-5 dakika sürer, sıvıyı boşaltma amaçlı yapılırsa 30-45 dakika arası sürebilir

1.6 Torasentez İşleminin Riskleri Ve Komplikasyonları

En sık karşılaşılan komplikasyon (istenmeyen durum gelişmesi), hastaların %10'unda görülen, göğüs içine hava kaçması (pnömotoraks) durumudur. Akciğer yaprakları arasına hava kaçması (pnömotoraks) durumunda az miktarda ya da bazen sadece ayaktan takip, bazı durumlarda hastaneye yatırılarak oksijen tedavisi, bazı durumlarda da (%2), göğüse tüp takılması işlemi yapılabilir. %2-3 ihtimalle kanama olabilir ve ek işlem yapılması gerekebilir. Bazı hastalarda bayılma görülebilir. Ciddi kanama veya büyük damar yaralanması gibi durumlarında cerrahi işlem gerekirse gerekli cerrahi müdahaleler yapılacaktır. Bu gibi ciddi olayların görülmesi oldukça nadirdir. Bazı hastalarda da ilaçlara bağlı allerjiler gelişebilir. Çok nadiren solunum ve kalp durması olabilir. İstenmeyen durumlar oluştuğunda hastaneye yatırılarak gözetim altında tutulma ve tıbbi müdahaleler doktorunuz ve ekibi tarafından size uygulanacaktır.

Ölüm: Hayati risk çok düşüktür (%0,5'in altında).

Yukarıda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağını önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle bilgilendirme ve rıza belgesi imzalayarak tüm bu riskleri bildiğinizi ve Torasentez İşlemini kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

TORASENTEZ İŞLEMİ BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

1.7 Maliyet

- Sosyal Güvenlik Kurumuna mensup hastalarımızın yattıkları süre içerisindeki masrafları kurumlarından tahsil edilmekte olduğundan ek bir ödeme yapmanız gerekmemektedir.
- Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümlerine göre ek ödeme yapmaları gerekebilir.
- Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın hastane masraflarını kendileri ödemeleri gerekmektedir. Durumunuzu bildirmeniz durumunda doktorunuz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilendenizi sağlayacaktır.

2- 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. İşlemin kim tarafından yapılacağını biliyorum.
- Ameliyatın yararları kadar riskleri ve komplikasyon adı verilen, istenmeyen ancak oluşması muhtemel olumsuz sonuçları olabileceğini ve sonuca ilişkin herhangi bir garanti verilemeyeceğini biliyorum.
- Ameliyatın yaklaşık olarak ne kadar süreceği ve girişim yolu ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirildim.
- 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.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.

- Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

KABUL EDİYORUM.

KABUL ETMİYORUM.

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

İZİN VERİYORUM

İZİN VERMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

İZİN VERİYORUM

İZİN VERMİYORUM

Bu bölüme hasta/kanuni velisi, vasisi tarafından "OKUDUM, ANLADIM" yazılacaktır

Hastanın Adı - Soyadı – İmzası : Tarih: / / Saat: ...

Hastanın Velisi/Yasal Vasisinin

Adı–Soyadı–İmzası : Tarih: / / Saat: ...

Şahit, Adı - Soyadı – İmzası : Tarih: / / Saat: ...

İşlemi/Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin

Adı– Soyadı – Unvanı—İmzası : Tarih: / / Saat: ...