



**ERKP(Endoskopik Retrograd Kolanji-Pankretografi) TETKİKİ İÇİN AYDINLATILMIŞ  
HASTA ONAM FORMU**

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Hekiminizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen ön tanı / tanınızın netleşmesi için ek tetkik yapılması gerekmektedir. Bu form, sizi, uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

**1. ÖN TANI / TANI:.....**

**TEKİK HAKKINDA GENEL BİLGİ:**

ERKP (Endoskopik Retrograd Kolanji-Pankretografi) safra yolları, safra kesesi, pankreas ve bazı karaciğer hastalıklarının değerlendirilmesine olanak tanıyan bir endoskopi girişimidir.

Endoskopi işleminden önce 8 saatlik açlık gerekir. İşlem öncesinde doktorunuzu mevcut hastalıklarınız, geçirmiş olduğunuz operasyonlar, kullanmakta olduğunuz ilaçlar ve varsa allerjik olduğunuz ilaçlar hakkında bilgilendirmeniz gerekmektedir.

İşlem öncesinde boğazınıza bir sprey uygulanarak uyuşması sağlanacaktır. ERKP işlemi hastalar uyanıkken de yapılabilir ancak, hastanın konforu açısından tercih edilen yöntem "bilinçli sedasyon" altında yapılmasıdır. "Bilinçli Sedasyon" damar yoluna verilen bazı ilaçlar sayesinde işlem esnasında huzur ve uyku hali sağlamaktadır. İlaçlar geriye dönük unutkanlığa yol açtığından, yapılan işlemi hatırlamayacaksınız.

**2. ÖNERİLEN TETKİK: ERKP (Endoskopik Retrograd Kolanji-Pankretografi)**

**3. İLAÇ UYGULAMASI:** Yok Var

**4. ANESTEZİ UYGULAMASI:** Yok Var

Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

**5. YÖNTEM:**

ERKP işlemi sırasında elde edilecek bulgulara göre aynı seansta tedaviye yönelik işlemler de yapılabilir. Bunlar arasında safra yollarındaki taşların çıkarılması, safra yolları ve pankreas kanalındaki darlıkların tedavisi amacıyla özel tüplerin yerleştirilmesi, safra akışının sağlanabilmesi ve daha sonraki tedavileri planlayabilmek amacıyla geçici olarak safra yolları içine bir ucu burundan çıkacak şekilde özel kataterlerin yerleştirilmesi sayılabilir. Bu işlemleri gerçekleştirmeden önce çoğu kez, ana safra kanalının ince bağırsağa açıldığı ve papilla olarak adlandırılan oluşumun endoskop içinden geçirilen özel bir aletle kesilerek genişletilmesi gerekmektedir. Bu işlem ağrısızdır. Az olmakla birlikte teknik sebepler veya tıbbi durumunuzun gerektirmesi halinde işleminize ara verilerek doktorunuzun uygun göreceği bir süre sonra ikinci bir seansta işleme devam edilmesi gerekebilir.



## ERKP(Endoskopik Retrograd Kolanji-Pankretografi) TETKİKİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

### 6. ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

ERKP işlemi iyi tolere edilebilen ve emniyetli bir teşhis ve tedavi yöntemi olmakla birlikte az sayıda vakada komplikasyon izlenebilmektedir. ERKP'nin nadir görülen komplikasyonları; barsak perforasyonu (delinmesi), akut pankreatit ve kanamadır. ERCP oldukça emin olduğu için operasyon yerine tercih edilir. Yine de işlem sırasında bazı problemler olabilir. Bu komplikasyonlar ilaç reaksiyonları (nadiren hayatı tehdit edici), kanama, safra veya pankreas yollarında perforasyon (delinme), pankreatit, infeksiyon ve bazen sepsis gibi hayatı tehdit edebilen nadir komplikasyonlardır. Bu riskler %10-20 sıklıkla görülebilir ve genellikle hafiftir, %2-3 hastada ağır olabilir. Bu durum uzun süre hastanede yatmayı, yoğun bakımı ve cerrahi işlemleri gerektirir. Çok ender ölüm riski vardır.

### 7. TETKİK SONRASINDA HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

Odanıza döndüğünüzde uykulu halde olacaksınız. Hemşireniz size ne zaman yiyip içmeye başlayacağınızı söyleyecektir. Size işlemden sonra ERCP sırasında hangi işlemler yapıldığı ve sonuç hakkında belge verilecektir. İşlemden sonra 2-24 saat kadar takipte tutulduktan sonra hastaneden taburcu edilebilirsiniz. İşlemden sonra sizi takip eden servis doktorunuz daha sonraları neler yapılması gerektiği hakkında ERCP'yi yapan doktorla irtibat halinde olmalıdır.

### ÖNERİLEN TETKİKİN KAPSAMI VE ONAY

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tetkik ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım, yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda müdahale edilmesine izin veriyorum.
- ✓ Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyorum ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da isminin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- ✓ Önerilen tetkikin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

Ben ....., bu formun içeriğini anladım Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

**Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;**

**Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:**

- ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetisi yok ☐ Acil



**ERKP(Endoskopik Retrograd Kolanji-Pankretografi) TETKİKİ İÇİN AYDINLATILMIŞ  
HASTA ONAM FORMU**

**Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);**

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

**Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;**

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

**Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);**

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.