



**AKCİĞER ZARINDAN (PLEVRADAN) SIVI ALMA İŞLEMİ (TORASENTEZ) İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Ünite adı		Tarih	
Hasta adı soyadı		Protokol no	
Doğum tarihi		Ön tanı	

Sayın hasta/vekili yasal temsilcisi,
Sağlık durumunuz/hastanızın sağlık durumu, size/hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlem ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri, hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve bunları kabul etmek, reddetmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz.
Okumanızı istediğimiz bu belge sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, yapılacak her türlü işleme rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak üzere hazırlanmıştır.

Doktorumun bana açıkladığı şekilde, şikayetlerime neden olan hastalığının tanısı için, Torasentez, yani akciğer zarları (plevra yaprakları) arasında biriken sıvının alınması işleminin yapılması gerektiğini öğrendim. Bu sıvının incelenmesi ile hastalığının teşhis ve tedavisine katkısı olacağını, ancak tanı konulmadığı durumda daha ileri inceleme gerekebileceğini biliyorum. Doktorumun işlemten önce bazı kan testleri (kanama riskini değerlendirmek amaçlı), akciğer filmi veya akciğer bilgisayarlı tomografisi değerlendirmesi gerekebileceğini öğrendim.

İşlem başlarken cildimin antiseptik (mikrop öldürücü) ile temizleneceğini, iğnenin gireceği alana bölgesel uyuşturucu ilaç uygulanacağını ve iğne ile sıvı örneği alındıktan sonra, kontrol amacı ile akciğer filmi çekilebileceğini öğrendim. Doktorum bu işlemi yaparken neden ultrasound kullanacağını ya da kullanmayacağını anlattı.

Bu işlemin bazı risklerinin olduğunu, akciğerde sönme oluşabileceğini (%11) bu durumda doktorum gerekli görürse kaburgaların arasından tüp ile girilerek hava boşaltılmasına gerek duyulabileceğini öğrendim. Bu durumun, hastanede daha uzun süre yatarak tedaviye ihtiyaç gerektirebileceğini az da olsa öksürük, göğüs ağrısı, bayılma, akciğer etrafındaki boşlukta enfeksiyon gelişmesi, kan tükürme (hemoptizi), çok nadiren iğnenin girdiği alana yakın dokulara (örneğin karaciğer veya dalak) hasar ve çok düşük ihtimal ile de iğnenin giriş yerinde kanama, cilt altında sıvı birikmesi, kaburgalar ve akciğer arasındaki boşluğa kanama olması, hava embolisi (akciğerden kan damarları içine hava kabarcıklarının girmesi ile oluşur) ve bunlara bağlı acil cerrahi girişim gibi risklerin olabileceği konusunda bilgilendirildim.

Eğer bana işlem öncesinde ilaç verilmiş ise, uyku hali yaratabileceğinden dolayı, eve giderken araç kullanmam gerektiğini, eve gittiğimde nefesimde daralma hissedersen, geri dönerek acil servise başvurmam gerektiği anlatıldı (Bu cümle poliklinikte işleme alınan hastayı aydınlatmak üzere yazılmıştır).

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

Önerilen işlemin ismi	Torasentez (akciğer zarından sıvı alınması)		
	Sağ taraf		Sol taraf
	Ultrasound kullanıldı		Ultrasound kullanılmadı

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum/yakınım bana okudu ve aşağıda imzası olan doktor



tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin adı, amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi gereksinimleri ile ilgili bilgi sahibi oldum. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu girişimin sonuçlarının başarılı olamayabileceği bana anlatıldı. Ek bir başka açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Teşhis ve tedavim sırasında şuur kaybım olması ya da onay veremeyecek duruma gelmem halinde onay vermek ve tedavim ile ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

..... (El yazınız ile **OKUDUĞUMU ANLADIM KABUL EDİYORUM** yazınız).

Hasta Adı-Soyadı (el yazısı ile)	İmza	Tarih/Saat
Hastanın vekili/yasal temsilcisinin Adı-Soyadı (el yazısı ile) <i>NOT: Hasta onay veremeyecek durumda ise imzası alınır</i>	İmza	Tarih/Saat
Doktorun Adı-Soyadı (el yazısı ile)	İmza	Tarih/Saat

Notlar:

- 1- Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalıysa ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.
- 2- Bu form 2 nüsha doldurulur, bir nüsha hastada kalır.