



**ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

| Doküman No | İlk Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No | Toplam Sayfa Sayısı |
|------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| ONM_162    | 02.01.2023       | -               | -           | 6                   |

**Hasta Adı - Soyadı:**

**Cinsiyet:** ☐ K ☐ E

**Hasta ID No:**

**Doğum Tarihi:**

**Baba Adı:**

**Kimlik No:**

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

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.

**1. ÖN TANI / TANI:**.....

**HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:**

.....  
.....  
.....

**2. ÖNERİLEN TEDAVİ:**

Doktorum ..... ve ekibi bende ..... hastalığı olduğunu ve endovasküler yöntemle tedavinin mümkün olduğunu açıkladı.

Endovasküler tedavi genel ya da bölgesel anestezi altında kasıktaki veya koldaki arter yoluyla girilerek ve büyük bir kesi yapmadan güçlü bir veya birkaç sentetik tüp veya pantolon şeklinde greft ile anevrizmatik arter segmentinin değiştirilmesi veya kullanılan özel balonlar ve stentlerle damardaki daralmanın açılması anlamına gelir.

Anevrizmalar için arter açılır ve daha önceden yapılmış ölçümlere göre hazırlanmış greft damar içerisinde yukarı doğru ilerletilir. Greftin yeri X-ışınları kullanılarak takip edilir. Doğru yere geldiğinde greft açılır. Greftin etrafındaki küçük kancalar grefti yerinde tutar. Eğer pantolon greft



ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)

| Doküman No | İlk Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No | Toplam Sayfa Sayısı |
|------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| ONM_162    | 02.01.2023       | -               | -           | 6                   |

kullanılacaksa her iki kasık açılır ve greftin bir bacağı diğer taraftan ilerletilerek ana grefte tutturulur. Kan akımı kontrol edilir ve arteriyel delikler kapatılır.

Kasıktaki yara yerlerine sıvı birikimini engellemek amaçlı geçici drenler yerleştirilebilir, daha sonra yaralar kapatılır.

Damarlardaki tıkanıklıkları ve daralmaları gidermek için ise uygun bölgeden herhangi bir kesi yapmadan damara girilir. Darlığın ya da tıkanıklığın olduğu bölgeye cerrahın seçeceği balon ve veya stent X-ışınları kullanılarak ilerletilir ve damar çapı normale getirilmeye çalışılır. Kontrol anjiyografisi sonrası işleme son verilir.

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye: .....

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

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

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ

Bu açıklamaların amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, ameliyatınız ve riskleri ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir şekilde aydınlatmaktır. Bunlar sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. **Genel ya da özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.**

Kullanılan anestezik ilaçlardan herhangi biriyle ilgili yan etkilerle karşılaşabilirsiniz. Sık karşılaşılanlar baş dönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Endovasküler prosedürlerin aşağıdaki genel risk ve kısıtlamalara sebep olabilir:

- Yaralar enfekte olabilir, kızarıklık, ağrı ve şişlik oluşabilir ve antibiyotiklere ihtiyaç olabilir.
- Üriner (idrar yolları) enfeksiyon oluşabilir ve bu sebeple antibiyotik gerekebilir.
- Genel anestezi kullanılırsa akciğerlerin küçük kısımları kapanabilir, bu sizi akciğer enfeksiyonuna yatkın hale getirebilir, fizyoterapi ve antibiyotik ihtiyacı olabilir.
- Bacağınızda şişlik ve ağrı ile giden bir pıhtı oluşumu (derin ven trombozu) meydana gelebilir. Bu pıhtıdan bir parça koparsa akciğerlere gidebilir (pulmoner emboli) ve nefes darlığına yol açabilir. Bu nadiren ölümcül olabilir.



**ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

| Doküman No | İlk Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No | Toplam Sayfa Sayısı |
|------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| ONM_162    | 02.01.2023       | -               | -           | 6                   |

- Kalbinizdeki zorlanmaya bağlı olarak kalp krizi geçirebilirsiniz.
- İnme geçirebilirsiniz.
- Çok küçük bir olasılıkla ameliyatta hayatınızı kaybedebilirsiniz.
- Teknik nedenlerden dolayı prosedür açık ameliyata dönebilir.
- Nadiren greft/stent içerisindeki kan işlemiden sonra pıhtılaşabilir ve daha başka tedavilere ihtiyaç duyulabilir.
- Kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulacak kadar kan kaybedebilirsiniz.
- Kasıkta kan birikimi olabilir. Bu zamanla emilebilir, ancak nadiren yeni bir ameliyata ihtiyaç duyulabilir.
- Ameliyat başarılı geçse de altta yatan hastalık (damar sertliği/ateroskleroz) ilerleyebilir, koyulan stent içinde darlık olabilir ve gelecekte şikayetler tekrar ortaya çıkabilir.
- Eğer arter içerisindeki hastalıklı doku ameliyat sırasında yerinden oynarsa, ayakta küçük ölü doku alanları meydana gelebilir, organlarda dolaşım bozukluğu ve buna bağlı fonksiyon kaybı gelişebilir, hayati tehlike oluşabilir. Özellikle bağırsaklarda gelişen dolaşım bozukluğu nedeni ile tekrar ameliyat gerekebilir.
- Greftin etrafında anevrizmanın büyümesine devam etmesine izin verecek kan kaçağı (endoleak) oluşabilir. Bu ek minimal girişimsel ya da açık cerrahi tedavi gerektirebilir.
- Greft yerinden oynayabilir. Greftin düzenli takip edilmesine ve eğer greftin yeri değişirse, greft tıkanırsa ya da anevrizmada kaçak oluşursa yeni cerrahi girişimlere ihtiyaç duyulabilir.
- Orjinal anevrizma patlayabilir ve acil cerrahi müdahale gerekebilir.
- Prosedür nispeten yeni olduğundan, halen bilinmeyen uzun dönem komplikasyonları gelişebilir.
- İşlem sırasında kullanılan kontrast maddeye karşı alerji gelişebilir, böbreklerde hasar oluşabilir.
- Kalıcı ya da geçici olarak diyalize ihtiyaç duyabilir.
- Daha önceden bilinmeyen yeni bir yan etki dahi ortaya çıkabilir.
- Eğer sigara içiyorsanız, kronik akciğer rahatsızlığınız varsa, şışmansanız, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı değerleri varsa veya bilinen kalp rahatsızlığı varsa bu riskler daha yüksek oranla oluşabilir.

**BİREYSEL RİSKLER**

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerinizle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonlar oluşabilir;

**ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY**

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.



**ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

| Doküman No | İlk Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No | Toplam Sayfa Sayısı |
|------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| ONM_162    | 02.01.2023       | -               | -           | 6                   |

- ✓ 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 biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- ✓ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ✓ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

**HASTANIN BEYANI**

- Cerrahim bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahim bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek, cerrahim tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.
- Ameliyatım esnasında ve sonrasında, hastalığımın tedavisi için gerekli olan çağdaş tıbbın kabul ettiği her türlü ilaç, serum, aşı ya da mekanik veya biyolojik protezler ile benzeri diğer tüm uygulamaları kabul ediyorum.
- Gerekli olduğu takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum.
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin görüştüğüm doktor.....'ın ekibi tarafından yapılmasını kabul ediyorum.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dokümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dokümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.



**ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

| Doküman No | İlk Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No | Toplam Sayfa Sayısı |
|------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| ONM_162    | 02.01.2023       | -               | -           | 6                   |

- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne ya da keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.
- Toplam 6 (altı) sayfadan oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım.
- Bu kadar gerekliliğine rağmen ameliyata ait gelişebilecek bütün istenmeyen durumlar (komplikasyonlar) ve her türlü doku ya da organıma ait gelişebilecek kayıp (sakat kalım) ve hatta ölüm riskleri bana tek tek izah edildi.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin, bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

Ben ....., bu formun içeriğini anladım ve Dr. .... nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi doktorlarının uygulayacağı tedaviyi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum. Hastalığının tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

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

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

Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:



**ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

| Doküman No | İlk Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No | Toplam Sayfa Sayısı |
|------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| ONM_162    | 02.01.2023       | -               | -           | 6                   |

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

**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.