



**PERİFERİK VASKÜLER GİRİŞİMLER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_165	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.

Bu uzuva kan taşıyan ana atar damardaki tıkanıklığa bypass yapılması anlamına gelmektedir. Bypass uzva daha çok kan akımı sağlar, ağrıyı geçirir, varolan yaraların iyileşmesine olanak sağlar, ciddi enfeksiyon, uzuv kaybı risklerini azaltır.

Genel, epidural ya da spinal anestezi altında bypasın üst ve alt ucunun yapılacağı damar bulunarak dikilmeye hazır hale getirilir. Hastanın kendi bacak toplardamarı (safen veni) veya sentetik bir greft(yapay damar) tıkanıklığı bypass etmek amacıyla kullanılır. Hekim hastanın ve ameliyatın özelliklerine göre kullanacağı grefti kendi seçer. Bazı özel durumlarda bacaklara kan ulaştırmak için her iki köprücük kemiği altındaki arterler ya da diğer alternatifler cerrah tarafından seçilebilir.



PERİFERİK VASKÜLER GİRİŞİMLER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_165	02.01.2023	-	-	6

Kısa etkili pıhtılaşmayı önleyici bir ilaç verilerek arterdeki kan akımı geçici bir süre için durdurulur. Arter açılır ve gerekliyse damar duvarındaki aterom plağı temizlenir. Greft yerine dikilir. Deri altından bir tünel oluşturularak greft aşağıdaki seviyeye ulaştırılır ve dikilir. Kan akımı yeniden sağlanır, kanama durdurulur ve yara yerlerine dren yerleştirilebilir. Yaralar daha sonra kapatılır.

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.**

Bu riskler herhangi bir anestetikle olabilir. Kullanılan anestezi ilaçlarından herhangi biriyle ilgili yan etkilerle karşılaşabilirsiniz. Sık karşılaşılanlar baş dönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Ameliyat aşağıdaki risk ve kısıtlamalara sebep olabilir:

- Operasyon genel anestezi kullanılarak yapıldığında akciğerlerin küçük kısımları kapanabilir, bu akciğer enfeksiyonuna yatkın hale getirebilir, fizyoterapi ve antibiyotik ihtiyacı olabilir.
- Bacakta 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.
- Yaralar enfekte olabilir, kızarıklık, ağrı ve şişlik oluşabilir ve antibiyotiklere ihtiyaç olabilir. Yaranın tekrar açılması halinde cerrahi müdahale gerekebilir.
- Kalbinizdeki zorlanmaya bağlı olarak kalp krizi geçirebilirsiniz.
- İnme geçirebilirsiniz.
- Nadiren böbrek yetmezliği gelişebilir ve geçici ya da kalıcı diyalize ihtiyaç duyulabilir.
- Ameliyat sırasında kanama oluşabilir. Bu zamanla vücut tarafından emilebilir, nadiren bunun için tekrar ameliyat gerekebilir.
- Ameliyatın verdiği stres ve kullanılan ilaçların yan etkisi olarak mide kanaması geçirebilirsiniz.
- Çok küçük bir olasılıkla ameliyatta hayatınızı kaybedebilirsiniz.
- Greftte ameliyattan sonra kan pıhtısı oluşabilir. Bu olursa tekrar ameliyata alınmanız gerekebilir. Eğer uzva giden kan akımı yeniden sağlanamazsa, amputasyona (uzuv kaybına) neden olabilir.



**PERİFERİK VASKÜLER GİRİŞİMLER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_165	02.01.2023	-	-	6

- Yara boyunca günler ya da haftalar süren morluklar oluşabilir.
 - Yara etrafında uyuşukluk oluşabilir ve bunun geçmesi zaman alır.
 - Yaralarda sıvı koleksiyonu oluşabilir ve bunun düzelmesi haftalar sürebilir.
 - Ameliyattan haftalar/aylar sonra dahi greft tıkanabilir ve bunun açılması için yeni bir ameliyata ihtiyaç duyulabilir.
 - Sentetik bir greft kullanılırsa enfekte olabilir, kanayabilir ve bunlar hayatı tehdit edebilir. Greft enfeksiyonun düzelmesi için çıkartılabilir.
 - Ameliyat başarılı geçse de altta yatan hastalık (damar sertliği/ateroskleroz) ilerleyebilir ve gelecekte ameliyat tarafı ya da diğer tarafta şikayetler tekrar ortaya çıkabilir.
 - Eğer arter içerisindeki hastalıklı doku parçacıkları ameliyat sırasında yerinden oynarsa, uzuvda küçük ölöl doku alanları meydana gelebilir.
 - Greftin geçtiği hat boyunca uyuşukluk, kızarıklık ya da ağrı olabilir.
 - Nadiren ameliyat sahasında damarın dışında nabız veren bir kan pıhtısı (yalancı anevrizma) oluşabilir. Bunu cerrahi olarak tedavi edilmesine gerek duyulabilir.
 - Karındaki ana damarla ilgili ameliyatlarda nadiren bazı erkeklerde ameliyat sonrası iktidarsızlık gelişebilir. Bu önceden tahmin edilemez ve düzelmeyebilir.
 - Eğer operasyon acil olarak yapılmışsa, operasyondan sonra uzuvda şişme ve sertlik gelişebilir. Bu sertlik çevredeki sinirlerde hasara neden olabilir. Sertlik aşırı olursa azaltmak amacı ile bir cerrahi müdahale gerekebilir.
 - Artmış kan akımına bağlı uzuv şişebilir. Bu aylar sürebilir.
 - Ameliyatın kan akımını yeterli miktarda arttıramayacağı gibi bir risk vardır, uzvun alt kısmındaki dokular ölebilir, bu çok ağrılı olabilir ve amputasyona (uzuv kaybı) ihtiyaç duyulabilir.
- Eğer sigara içiyorsanız, kronik akciğer rahatsızlığınız varsa, şismansanız, 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.
- ✓ 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



**PERİFERİK VASKÜLER GİRİŞİMLER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_165	02.01.2023	-	-	6

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 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.
- 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



**PERİFERİK VASKÜLER GİRİŞİMLER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_165	02.01.2023	-	-	6

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:

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.



**PERİFERİK VASKÜLER GİRİŞİMLER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_165	02.01.2023	-	-	6

- 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.