



**İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM
FORMU**

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: İntravenöz Trombolitik Tedavi; rtPA (ACTILYSE)

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 tedavi altında beyinde veya vücudun başka bir yerinde %6 civarında durumu ağırlaştırabilecek kanama yapıcı riski vardır.



İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Beyin damarlarınızdan birindeki tıkanıklığa bağlı olarak felç gelişir. Bunun sonucunda olası ölüm veya ağır sakatlık riskini azaltmak ve düzelme şansı vermek amacı ile intravenöz trombolitik tedavi ile beyin damarlarındaki tıkanıklığı açabilmek için erken dönemde başvuran uygun hastalara rt PA (ACTILYSE) ilacı uygulanır. Bu uygulama ile diğer tedavi biçimlerinden farklı olarak pıhtının eritilmesi yoluyla tıkanan damarın açılmasına çalışılmakta, tıkanıklığa bağlı olarak kansız kalan beyin bölgesindeki hasar en aza indirilerek hastalığın mümkün olan en az kayıpla geçirilmesi sağlanmaktadır.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Bu hastalığın tedavisi için yapılacak olan damar açıcı ilaç rt-PA- Actilyse ilaç ile düzelme şansı %30 civarındadır.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Medikal olarak alternatif bir tedavi yöntemi yoktur. Seçilmiş hastalarda anjiyografik yöntemlerle müdahale ile de tıkanan damarın açılması için uygulanabilecek tedavi yöntemleri de vardır.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

Tedavi sonrası hasta bir süre doktor gözetiminde yoğun bakım ünitesinde nörolojik iyileşmenin takibi, eşlik edebilecek komplikasyonların erken dönemde tespiti için takip edilecektir.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Beyin damarlarındaki tıkanıklığa bağlı olarak hastalarda felç gelişmektedir. Bunun sonucunda etkilenen damarın büyüklüğüne bağlı olarak hastada olası ölüm, ağır sakatlık (kol ve bacak güçsüzlükleri), görme ve konuşma problemleri gelişebilir ve kalıcı olabilir.

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.
- ✓ 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 cihazlar / uygulamalar nedeniyle sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınımlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.



**İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM
FORMU**

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanması, 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.

Hastalığımın 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

ğahit (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.