



**ÇOCUKLARDA KALP KATETERİZASYONU ve ANJİYOĞRAFI 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:

TETKİK HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Kalp kateterizasyonu vekalp boşlukları ile kalpten çıkan damarların görüntülenmesi ve işlevlerinin anlaşılması için yapılan görüntüleme ve teşhis yöntemidir.

2. ÖNERİLEN TETKİK: KALP KATETERİZASYONU / ANJİYOĞRAFI

3. İLAÇ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

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

5. YÖNTEM:

Hastanın kasık damarlarına, ilgili bölge uyuşturulduktan sonra “damar kılıfı” adı verilen plastik bir tüp yerleştirilecektir. Bu kılıf veya kılıflar daha sonra “kateter” adı verilen ve boşluğun ve kalp damarlarının radyolojik olarak görüntülenmesine izin veren maddeler enjekte edilecek ve bu sırada bu bölgelerin değişik pozisyonlarda filmi çekilecektir. İşlem ortalama 1-2 saat kadar sürmektedir ve işlem sırasında genel anestezi uygulanmaktadır.

6. ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Bu işlem uzun yıllardır büyük hasta serilerine yıllardır güvenle uygulanan bir tekniktir. Ancak her tıbbi işlemde olduğu gibi anjiyografi / kateterizasyon işleminde de bazı sorunlar çıkabilir. Kateterizasyon / anjiyografi işlemi sırasında ölüm çok nadirdir. Kalp dokularının zedelenmesi, kalp zarında sıvı birikimi, ciddi ritm bozuklukları ve kalp durması çok nadiren olabilir. Sayılı bu durumların büyük kısmında tedavi imkânı vardır.
- Daha sık olarak gözlenen istenmeyen etkiler damar giriş yolu ilgili olanlardır. Giriş yerinde kanama, kasık bölgesinde cilt altı kanama, nabız kaybı, damarda tıkanma görülebilir. Giriş



**ÇOCUKLARDA KALP KATETERİZASYONU ve ANJİYOĞRAFI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

bölgesi ile ilgili sorunların hiçbirisi yaşamı tehdit etmez ve tedavi ile düzeltilebilir.

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Diğer yan etkiler verilen kontrast madde ile ilgilidir. Bu maddeler mide bulantısı ve kusma yapabilir. Kontrast maddeye bağlı allerjiler deride döküntü (kurdeşen/ürtiker), nefes darlığı veya titreme şeklinde olur. Nadiren ateş izlenebilir. Görme veya konuşma bozukluğu nadiren ortaya çıkar ve hemen daima kendiliğinden düzelir.

**7. TETKİK SIRASINDA / SONRASINDA HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ
GEREKENLER:**

İşlem ortalama 1-2 saat kadar sürmektedir ve işlem sırasında genel anestezi uygulanmaktadır. Bu nedenle, işlemden 6 saat öncesinden itibaren aç kalınması gereklidir. Bu sırada hastaya damar yolundan sıvı verilecektir. İşlemden sonra en az 4-6 saat işlem yapılan bacağını oynatmaması gerekmektedir.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAYI

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım 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 cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

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.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:



ÇOCUKLARDA KALP KATETERİZASYONU ve ANJİYOĞRAFI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

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);

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.