



PERKÜTAN NEFROSTOMİ 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 yakınına 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:

TEDAVİNİZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Hasta yüzüstü pozisyonda yatırıldıktan sonra nefrostomi kateteri konulacak böbreğe uygun bir yerden lokal anestezi uygulanır. Daha sonra X-ışını ya da ultrason yardımıyla ince bir iğne ile böbreğe girilir ve böbrek içine "guide wire" adı verilen ince bir kılavuz tel yerleştirilir. Kılavuz tel üzerinden böbrek içerisine nefrostomi kateteri usulüne uygun olarak yerleştirilir. Bu sayede böbrek idrarı kateter yolu ile dışarı alınıp katetere bağlı idrar torbasında toplanır.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: PERKÜTAN NEFROSTOMİ

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:.....

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Genel ☐ Lokal ☐ Sedo-analjezi ☐

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

Bir Ameliyatın Riskleri



PERKÜTAN NEFROSTOMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

a-Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir.

Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

b-Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.

c-Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

d-İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

Bu Ameliyatın Riskleri

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır. Ameliyattaki riskler

- Böbrek damarlarında veya böbreğe giriş yolu üzerindeki damarsal yapılarda yaralanma sonucu cerrahi girişim ya da kan verilmesini gerektiren kanama oluşabilir.
- Uygulama sırasında (iğne ya da kateter girişi sırasında) böbreklere yakınlığı nedeni ile nadiren barsaklar, dalak, karaciğer, safra kesesi yaralanması oluşabilir ve cerrahi girişim gerekebilir.
- İdrar tüpün etrafında idrar sızıntısı olabilir ve sık pansuman gereği olabilir.
- Kateter yerinden çıkar ya da idrar çıkışı sağlanamaz ise kateter revizyonu veya yeniden yerleştirme işlemi gerekebilir.
- İdrar yolu enfeksiyonu gelişebilir ve yatarak damardan ilaç tedavisi yapılmasına gerek olabilir.
- İdrar yolu enfeksiyonuna ya da girişime bağlı karın boşluğunda abse gelişebilir, antibiyotik tedavisi ve/veya ek cerrahi girişime gerek duyulabilir.
- Kateter alındıktan sonra kateter yerinden idrar sızıntısı olabilir.

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Böbrek fonksiyonlarının bozulmasına engel olmak. İdrar yolu enfeksiyon gelişimi riskini azaltmak. Mevcut durum ağrılı ise ağrıyı azaltmak.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

İşlemin başarılı olma olasılığı %90'ın üzerindedir.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

- Açık cerrahi girişim
- Double J üreteral stent kateter yerleştirilmesi
- Her 2 böbreğin etkilendiği ilerlemiş durumlarda hemodiyaliz.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI/DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Uygulama genel olarak lokal anestezi altında yapılır. Ancak herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda genel anestezi gereği ortaya çıkabilir ve acil cerrahi girişim gereği nedeni ile en az 4 saat süre ile aç olmanız önerilir. **Aspirin** ya da benzer etkili kan sulandırıcı ilaçları en az 5 gün önceden



PERKÜTAN NEFROSTOMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

kesmelisiniz.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Nefrostomi kateterinin çıkmaması için kateteri çekeştirecek hareketlerden kaçınmalısınız.

Özellikle ateş, kateterden idrar gelmemesi ve kateterin yanından idrar kaçırma gibi herhangi bir yakınmanız olduğunda derhal doktorunuza başvurmalısınız.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Böbrek fonksiyonlarında bozulma ve sonunda böbrek yetmezliği gelişebilir ve bunun sonucunda da diyaliz gereği ortaya çıkar.

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 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 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.



PERKÜTAN NEFROSTOMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

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

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.