

KAN ve KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

.....Hastanesi Acil Tıp AD/Kliniği

Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Ana Adı:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptıрма veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI

Kan veya kanın içinde bulunan bazı maddelerin ihtiyacı olan kişiye dışarıdan damar yoluyla nakledilmesi işlemidir. Nakledilecek ürün ihtiyaca göre oksijen taşıyan kırmızı kan hücreleri (eritrosit süspansiyonu), infeksiyonlara karşı savunma görevi yapan beyaz kan hücreleri (lökosit süspansiyonu vb), pıhtılaşmada görev alan kan hücreleri (trombosit süspansiyonu) veya pıhtılaşmaya yardım eden pıhtılaşma faktörlerini içeren solüsyonlar (taze donmuş plazma vb) olabilir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Çok çeşitli nedenlerle kan transfüzyonu yapılabilir.

Ani veya uzun süreli kan kaybına yol açan hastalıklar, yaralanmalar, sistemik kanamalar, kanda bulunan ve yukarıda sayılan hayati görevleri yapan hücreleri etkileyen tüm hastalıklarda (özellikle hematolojik ve kanser hastalarında) kan transfüzyonuna gerek duyulur.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR

Kan bilindiği gibi yaşamsal bir sıvıdır. Özellikle ani gelişen ve kan kaybına neden olan yaralanmalar ve sistemik kanamalarda transfüzyon uygulanmadığı takdirde hasta ölebilir. Yine pıhtılaşma hücre ve faktörlerinin yokluğunda hasta kendiliğinden kanamalara açık hale gelir ve bu hayati tehlike arz eder.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK

Kan bankasında çeşitli teknik uygulamalar sonucu hastanın kan grubuna uygun hazırlanan kan veya kan ürünleri damar yolu ile hastaya nakledilir. Hastanın durumuna göre transfüzyon hızlı veya yavaş (en fazla 2 saatte) yapılır. Transfüzyon yapılırken yaşamsal fonksiyonlar (tansiyon, nabız, ateş, solunum sayısı) takip edilir.

YAN ETKİLER

Ateş, kaşıntı, kızarıklık ve diğer alerjik reaksiyonlar gibi minör reaksiyonlar yaklaşık olarak yüzde bir oranında görülür.

Kanama, tansiyon düşmesi, böbrek yetmezliği veya ölüm gibi daha ciddi reaksiyonların görülmesi on binde birden azdır.

Viral hepatit, HIV görülme oranı ise on binde bir veya beş yüz binde birdir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR

Hastalığınıza bağlı olarak hekiminizin direktiflerine uyunuz.

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

.....
.....

Hastanın/Veli/Vasi/Yakınının(yakınlık derecesi) adı, soyadı ve imzası:

Hekimin adı, soyadı ve imzası:

Şahidin adı, soyadı ve imzası:

Yer/Tarih/Saat :

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.
- Yazılı olarak kaldırılma talebi olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı, soyadı:

Adresi:

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:

Tarih: