

KARDİOVERSİYON ve DEFİBRİLASYON İŞLEMİ 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

Hastamızın kalbi normal bir şekilde çalışmamaktadır. Kalp kası gereğinden çok fazla, çok az veya düzensiz kasılmaktadır. Bunun sonucunda kalp işlevini yerine getirememekte ve vücudun yaşamasını sağlayan kanı vücuda dağıtamamaktadır. Hastanın yaşamını devam ettirebilmesi için öncelikle kalp atımlarını elektroşok yöntemiyle düzene sokulması gerekmektedir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Kalp kasının gereğinden çok fazla, çok az veya düzensiz kasılması kalp hastalıkları ve bazı elektrolit bozukluklarından kaynaklanabilir. Kalp hastalıkları içinde kalp krizi, ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları ve kalp kası iltihapları sayılabilir.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR

Eğer bu girişim yapılmazsa hastanın kalbi bir süre sonra durur ve hasta kaybedilir.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK

Hastanın göğüs duvarında iki ayrı yere defibrilatör denilen cihazın metal kaşıkları ile belli düzeylerde elektrik akımı (elektroşok) uygulanır. Hastanın cildinin verilen elektrikten etkilenmemesi için metal kaşıkların üzerine tıbbi jel sürülür.

YAN ETKİLER

Nadiren metal kaşıklara yeterli jel sürülmediği için ciltte hafif yanıklar meydana gelebilir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce bu girişimin 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

Girişimden sonra hekiminizin belirlediği bir süre tedavinizi almalı ve istirahat etmelisiniz.

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 takdirde 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 kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde 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: