

SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYON 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

Belirli tedavilerin yapılabilmesi (bazı ilaçlar, kontrollü sıvı, beslenme sıvıları, diyaliz) için uzun süreli kullanılacak damar yoluna ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla boyun, köprücük kemiği altı veya kasık bölgesindeki damarlardan uzun süre kalabilen kateterler yerleştirilmektedir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Hastalığınızın (sepsis, çoklu organ yetmezliği) tedavisinde kullanılacak olan bazı ilaçların ve beslenme sıvılarının vücuda verilebilmesi için geniş ve kalbe yakın damar yollarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastalığınızın (kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği) tedavisinde kontrollü sıvı vermek gerekmektedir. Ölçülerek ve kontrollü verilen sıvı tedavisi sonucu kalp ve böbrek yetmezliğinde artış söz konusu olmayacaktır.

Son evre böbrek yetmezliği tedavisi olan diyaliz işlemi için de bu tür damar yolu gerekmektedir.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR

Bu işlemin yapılmaması gerekli olan kontrollü sıvı, bazı ilaçlar, beslenme sıvıları veya diyaliz gibi yaşamsal tedavilerin aksamasına neden olacaktır.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK

Damar yolunuza uzun süreli kateter yerleştirilmesi için boyun, köprücük kemiğinin altı veya kasık bölgeniz antiseptiklerle temizlendikten sonra lokal anestezi ile uyuşturulacak ve kateter siz herhangi bir acı hissetmeden damarınıza yerleştirilecektir. Kateterin yerinden çıkmaması için cilde bir dikişle tespit edilmesi gerekmektedir. Cilde tespit edildikten sonra kateterin yeri tarafımızdan doğrulandıktan sonra ilaç, sıvı, diyaliz veya beslenme gibi tedavileriniz yapılacaktır.

YAN ETKİLER

İşlemin yapıldığı yerde kanama olabilmektedir. Nadiren infeksiyon, akciğer zarında hasar, lenf damarlarında veya sinirlerde hasar görülebilir. Eğer yeterli tespit yapılmaz veya hasta uygun pozisyonda durmaz çok hareket ederse kateter yerinden çıkabilir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce bu girişimin yapılıp 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 kateterin yerinden çıkması için özen gösterilmeli yavaş hareket edilmelidir.

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 kullanılabilmesi 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 "3 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 talebim 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: