|  |
| --- |
| Bu onam formu size/hastanıza anlatılan işlemin “nasıl?”, “neden?” gerçekleştirilmek istendiğinin, bu “işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği”, “işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği”, bu işlemin “alternatifinin olup olmadığı” konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.  **Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra, yapılacak iĢlemden önce olmak Ģartıyla veya iĢlem sırasında iĢleme son verilmesinin tıbbi olarak sakıncalı olmaması Ģartıyla, rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.** |
| **YAPILACAK İŞLEM NEDİR**  Anevrizma, damarların anormal genişlemesidir. Psödo anevrizma (yalancı anevrizma) ise, değişik nedenlerle olabilen atardamar zedelenmesine bağlı bir yırtıktan sızan kanın kısmen pıhtılaşması ve etrafının bir çevre dokularla sınırlaması sonucu meydana gelir. Dolayısıyla psödo nevrizmanın duvarı, gerçek anevrizmadan farklı olarak, tüm damar duvarını içermez. Bu nedenle duvarı daha zayıftır. Dolayısıyla tekrarlayan kanamalar boyut artışına neden olur. Ortaya çıkan kitle ise, çevre doku ve/veya organlara baskı ve/veya hasar oluşturur. Psödo anevrizma yüzeyel yerleşimli olduğunda, perkütan (ciltten geçerek) yöntemle tedavi edilebilir.  Yapılacak işlem perkütan (ciltten geçerek) bir tedavi olup, aşağıdaki şekilde yapılmaktadır:  İğne ile perkütan yolla psödo anevrizmanın doğrudan içine girilir. Daha sonra, pıhtılaşmayı sağlayan ilaç enjeksiyonu yapılır. Bu sayede, psödo anevrizmanın tamamen pıhtılaşması sağlanır. Bütün bu işlemler ultrasonografi kılavuzluğunda yapılmaktadır.  İşlem sonrası iğne çekilir. İşlemin tamamlanmasından sonra işlem yapılan yere bir baskı bandajı konulacaktır ve belirli bir süre (en az 6-12 saat) yatmanız ve hareketsiz kalmanız gerekecektir.  Pıhtılaşmış psödo anevrizmaya bağlı kitle, vücut tarafından zaman içinde ortadan kaldırılacaktır. Bu süre, kitle boyutuna göre 1-3 ay arasında değişir.  Bazı durumlarda hastalık tekrarlayabilir. Bu nedenle işlem sonrası hastalar klinik olarak ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile takip edilir. Hastalığın tekrarlaması durumunda, yeniden perkütan (ciltten geçerek) yöntemlerle tedavi veya cerrahi ile tedavi  gerekebilir. |
| **İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAKTIR?**  İşlem; Girişimsel Radyoloji bölümünde, Girişimsel Radyoloji ekibi ile birlikte Girişimsel Radyoloji hekimi tarafından yapılacaktır. |
| **İŞLEM NEDEN YAPILMAKTADIR, BEKLENEN FAYDALAR NELERDİR?**  İşlem; damar zedelenmesine bağlı oluşmuş psödo anevrizmanın pıhtılaşmasını sağlayarak tedavi olması için yapılmaktadır. Bu sayede; olası kanamaların önlenmesi yanında, mevcut kitlenin çevre doku ve/veya organlara oluşturduğu baskının giderilmesi ve/veya hasarın önlenmesi hedeflenmektedir. |
| **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR NELERDİR?**  İşlem yapılmazsa; damar zedelenmesine bağlı oluşmuş psödo anevrizmanın tedavisi yapılmamış olacaktır. Bu durumda da kanama olasılığı devam edecek ve mevcut kitlenin çevre doku ve/veya organlara oluşturduğu baskının giderilmesi ve/veya hasarın önlenmesi mümkün olmayacaktır. |
| **İŞLEMİN TAHMNİ SÜRESİ:** İşlemin tahminen 30-45 dakika sürmesi beklenmektedir. Ancak olası anatomik zorluklar veya değişkenlikler (varyasyonlar) nedeniyle daha uzun da sürebilir. |
| **İŞLEMDE ANESTEZİ VEYA SEDASYON (SAKİNLEŞTİRME) UYGULANACAK MIDIR?**  İşlem çoğunlukla genel anestezi verilmeksizin, iğnenin girildiği bölgeye lokal anestezi verilerek yapılmaktadır. Gerekli hallerde sedasyon da uygulanabilir. Ayrıca çocuk yaş grubunda veya bilinci bozuk hastalara genel anestezi verilerek işlemin yapılması gerekebilir. |

|  |
| --- |
| **HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:**  Hekiminiz uygun görünceye kadar istirahatta kalın. Ayağa kalkma ve normal yaşama dönüş için hekiminizin önerilerine uyun.  Sigara içmeyin, içilen ortamda bulunmayın. Sigara içmek, her türlü tıbbi işlemin başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içenlerde; her türlü tıbbi işlemin başarısı, genel başarı ortalamasından daha düşüktür.  Aynı saatlerde uyuyup, aynı saatlerde kalkarak kendinize bir uyku düzeni oluşturun.  Sağlığınız için, yeterli ve dengeli beslenin. Katkılı gıdalardan olabildiğince uzak durun. Dengeli beslenmek, egzersiz yapmak sağlıklı yaşamanın en temel gereklilikleri arasında yer alır.  Çevre ve kişisel hijyeninize dikkat ediniz. Kişisel temizliğiniz sağlamak sizi olası enfeksiyonlardan koruyacaktır.  Taburculuk durumunuzda; kullanacağınız ilaçlar, yara bakımında dikkat edilmesi gerekenler gibi konularında önerilere uyunuz. İşlem sonrası kontrol önerileri varsa bunları ihmal etmeyin ve tarihlerine uygun olacak şekilde kontrollere gelin. |
| **GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBI YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEGİ**  İşlemin uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu işlemi uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz. Tetkik ve tedaviniz için gerektiğinde aynı konuda tıbbı yardım için; 112 (acil durumlarda), hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.  **Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 322 454 44 30  Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz |
| **ÖNEMLİ NOTLAR:**   1. Yukarıda bahsedilen riskler, bilimsel verilerle tanımlanmış durumlardır. Bu risklerin dışında tanımlanmamış riskler de olabilir. 2. Bu formda tanımlananlar dışında, beklenmeyen durumlar geliştiğinde, hastanın sağlığına yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamının kurtarılması için ilave girişimler uygulanabilir. 3. İşlem sırasında / sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılabilecektir.   **Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay:**Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.  Hastanın kendi el yazısı ile **(OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM)** diye yazması gerekmektedir.    **Tanık :**  Adı-soyadı:  Hastaya yakınlığı :  İmzası:  **Hasta yada hukuksal olarak sorumlu kişi:**  Adı-Soyadı :  T.C. Kimlik no:  Protokol no:  İmzası:  mzası  **Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:**  Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar ve umulan sonuçlar hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum  **Tedavi eden hekim:**  Kaşe-İmza Tarih:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Saat: ...:….. |