|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **KARACİĞER İĞNE BİYOPSİSİ AMELİYATI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.33** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 1 /2** |

**Karaciğer iğne biyopsisi nedir**?: Karaciğer dokusundan özel bir iğne yardımı ile parça alınmasıdır.

**Niçin yapılır?**: Karaciğer dokusunu tutan hastalıkların kesin teşhisi için ve buna göre tedavi planlamak için yapılır.

**Nasıl yapılır?**: İşlem öncesinde, hastanın ağrı duymaması için lokal anestezik bir madde ile uyuşturulur. Takiben biyopsi iğnesi ile göğüs duvarı geçilerek karaciğer dokusuna girilerek parça alınır.

**Bu işlem** 15- 30 dk **arası yapılan bir işlemdir.** Alınan bu örnekler incelenmek üzere patoloji laboratuarına gönderilir.

**İşlemin Faydaları**: Tanı Amaçlı

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar:** Tanı ve Tedavinin gecikmesi

**İşlemin Alternatifi:** Laporoskopik cerahi biyopsi

**İşlemin herhangi bir riski (Komplikasyonu) varmı?:** Her işlemde olduğu gibi karaciğer iğne biyopsisi sırasında bazı komplikasyonlar (karın içine, göğüs boşluğuna, karaciğer içine, safra yollarına kanama, akciğer zarının yırtılması, hipotansiyon, bayılma, enfeksiyon, karaciğer zedelenmesi, akciğer zedelenmesi ve lokal anesteziye bağlı anaflaktoid reaksiyonlar) ortaya çıkabilmektedir. Bu kanamalar çoğunlukla kendiliğinden durmaktadır. Nadiren acil ameliyat gerekebilir, hatta ölüme neden olabilir. Diğer komplikasyonlar safra yollarının veya safra kesesinin delinmesidir. Ancak bu olası riskler uygulamadan elde edilecek yararla kıyaslandığında göz ardı edilebilecek kadar nadirdir ve uygulama yarar zarar bağlamında güvenli olup, rutin bir teşhis yöntemi olarak Uzman hekimlerince uygun görülen hastalara yapılmaktadır. Biyopsi sonrasında hastalar ilk 4 saat sıkı takip edilmekle, biyopsiden sonra en az 12 saat yataktan kalkmamalıdır. Tüm ihtiyaçlarını yatakta gidermelidir. Biyopsiden sonra bazen karın üst kısmında omuza vuran ağrı olabilir. Çoğunlukla önemsiz ağrılardır. Biyopsiden sonra 1 hafta atlama, zıplama ve ağır kaldırmaktan kaçınılmalıdır.

Hastaların;

—Mümkünse kendisine yardımcı olacak birinin refakatiyle gelmesi,

—Karaciğer ultrason grafiklerini mutlaka getirmeleri,

—Hasta veya sorumlu yakını tarafından işlemin kabul edildiğine dair aşağıdaki formun imzalanması gerekmektedir.

**Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/ yakınım bana okudu.** Doktorum, önerilen testin risklerini ve testi yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri anlattı. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı. Bu bilgiler ışığında bana/ yakınıma bu işlemin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği**: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112’ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 322 454 44 30

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **KARACİĞER İĞNE BİYOPSİSİ AMELİYATI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.33** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 2 /2** |

**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. 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.

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.

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

**Tanık :**

Adı-soyadı:

T.C.Kimlik no:

Hastaya yakınlığı :

İmzası:

**Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi:**

Adı-soyadı :

T.C.Kimlik no:

Protokol no:

İmzası:

İmzası

İmzası :

**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: ...:…..