|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem | **PARASENTEZ AMELİYATI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.141** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 1 /3** |

**PARASENTEZ İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

 Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

 **GİRİŞİMİN TANIMI**

**Parasentez,** karın boşluğunda birikmiş olan vücut sıvısının tanı ve/veya tedavi amacıyla dışarıdan bir iğne yardımıyla boşaltılması işlemidir.

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ** Ağır karaciğer, barsak hastalıkları, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, kanser gibi hastalıklar karın zarları arasında sıvı birikmesine ve karında şişliğe yol açmaktadır. Bu şişlik bazen hastanın nefes alıp vermesini zorlaştıracak kadar çok olabilir. Karında biriken sıvının hastanın solunumunu zorlaştıracak düzeye ulaştığı durumlarda veya buna sebep olan hastalığın tanısı için gerektiği durumlarda sıvının boşaltılması ve incelenmesi gerekir.

 **GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR**

 Hastalığın tanısı konulamayıp uygun tedavisi yapılamayabilir. Ayrıca sıvının fazla olduğu ve solunum güçlüğüne yol açtığı durumlarda boşaltılmazsa solunum daha da kötüleşir ve solunum cihazına bağlanması hatta ağır durumlarda hastanın kaybedilmesi ile sonuçlanabilir

**GİRİŞİM NASIL YAPILACAK**

İşlem hasta sırt üstü yatar durumda iken yapılır. Steril şartlarda antiseptik bir madde ile girişimin yapılacağı bölge temizlenir. Göbek ile kalçanın en çıkıntılı yeri arasında kalçaya daha yakın bir yerden damar yolu açmakta kullanılan iğnelerle karın zarları arasına girilir. Alınan sıvı mikroskopta incelenir, kültür ve biyokimyasal analizleri yapılır. Eğer sıvı çok miktardaysa iğnenin ucuna bir hortum takılarak boşaltılır.

**İşlemin Tahmini Süresi :** Parasentez, **15-30 dakika** kadar süren bir sıvı alma işlemidir.

 **YAN ETKİLER**

Steril şartlarda çalışmamaya bağlı olarak nadiren infeksiyon gelişebilir. Çok nadiren de barsak zedelenmesi ve kanama görülebilir.

 **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**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem | **PARASENTEZ AMELİYATI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.141** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 2 /3** |

**GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR**

Parasentez işlemi sırasında ve sonrasında hastanın istirahat etmesi gerekmektedir. 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 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 taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**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 | **PARASENTEZ AMELİYATI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.141** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 3 /3** |

**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: ...:…..