|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem | **TANISAL AMAÇLI SKALEN VEYA SUPRAKLAVİKULAR LENF NODU BİYOPSİSİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.239** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 1 /3** |

## A-BİLGİLENDİRME

**1.GENEL AÇIKLAMALAR:**

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde sizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda Boyun ile köprücük kemiği arasında kalan alanda **Lenf nodu büyümesi** / **Kitle** saptadık. Bu alanda (skalen alan, supraklavikular alan) saptadığımız ve lenf nodu büyümesi olduğunu düşündüğümüz büyüme, bir kitle tarafından ya da başka hastalıklar nedeniyle de kaynaklanıyor olabilir. Bu hastalık tehlikeli bir iltihabi hastalık veya kanser olabilir.

Bu büyümenin nedenini anlayabilmek için hastalıklı alandan örnek alınması gerekir. Bu işlem ile alınan lenf bezi örneklerinin ya da tamamının Patoloji kliniğinde yapılacak incelemesi sonucuna göre tedavi planı şekillenecektir. Bilmeniz gereken önemli nokta bu ameliyatın tedaviyi değil hastalığın tanısını koymayı hedeflediğidir. Bu ameliyatı kabul etmemeniz durumunda tanı konulması mümkün olmayacağından tedavi de mümkün olmayacaktır.

**İşlemden önce:** Bir hekim size ne yapılacağını anlatacak ve işlemi kabul etmeniz halinde bir aydınlatılmış onam formu imzalatacaktır. Bu formu imzalamanız, tüm işlemi anladığınızdan emin olmak için gereklidir. Eğer herhangi bir soru ya da kaygınız varsa, lütfen çekinmeden sorunuz. Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik ameliyat ve uygulamaların, ameliyat öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir.

 **İşleminiz Uzman Hekim tarafından gerçekleştirilecektir.**

**İşlem süreci**: İşlem lokal anestezi altında yapılır. Büyümüş lenf bezi üzerine bir kesi yapılarak dokular ayrılır ve lenf bezi / kitleden örnek alınır, ya da lenf bezi / kitlenin tamamı çıkarılır.

Planlanan işlem sırasında, beklenmeyen veya istenmeyen bazı durumlarla karşılaşabilir. Böyle bir durumda, sizin sağlığınız için en uygunu olması şartıyla ek girişimler yapılabilir.

**İşlemden sonra**: Bir komplikasyon (istenmeyen durum) gelişmemesi halinde, doktorunuzun uygun görüşü ile evinize gidebilirsiniz. Bazen işlem sonrasında kontrol amaçlı tetkik ya da grafi çektirmeniz gerekebilir

1. **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

# Bu işlemin tedavi amaçlı değil, tanı koymak amaçlı yapıldığı unutulmamalıdır. Boyun bölgesindeki lenf bezleri başka bir organdaki kötü huylu bir tümörün bu bölgeye sıçraması, lenf bezinin iltihabi hastalıkları, lenf bezine ait lenfoma gibi tümörler ya da kronik enfeksiyonlar sonucu oluşabilir. Bu ameliyatın ana amacı altta yatan hastalığı ortaya çıkararak etkili tedaviye bir an önce başlamaktır.

1. **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

# Boyundaki lenf bezi büyümesi tümöre ait ise;

Tedavi edilmeyen tümörlere bağlı genel sorunlar (kilo kaybı, halsizlik, iştahsızlık, düşkünlük, hastalıklara dirençsizlik vs), tümörün yerleştiği organla ilgili sorunlar, tedavi edilmeyen tümörün komşu dokulara basısı yada yayılımı ile ilgili sorunlar ve tedavi edilmeyen tümörün uzak organlara yaptığı sıçrama ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilir.

Boyundaki lenf bezi büyümesi tümöre ait değil ise; bunun sebepleri kronik ya da akut enfeksiyonlar bazı lenf nodu büyüme hastalıkları vs olabilir. Tanı konulmadıkça hem hastanın takibindeki kullanılacak radyolojik tetkiklerin hasta için oluşturabileceği zararlar (radyasyon, kontrast madde), hem de kanser olduğunu varsayılarak, hastanın kendisinde ve ailesinde psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir.

## VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Büyümüş lenf bezelerinden iğne ile biyopsi alınması mümkündür ancak bu yöntemle tanı elde etmek ihtimali, cerrahi yolla yapılacak biyopsi işlemine göre oldukça düşüktür. Yine de kliniğimizde hastaya en az girişimsel yöntemle tanı koymak gerekir kuralınca iğne biyopsi işleminde tanı alamayan ya da bu işlem için uygun olmayan hastalarda cerrahi biyopsiyi önermekteyiz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem | **TANISAL AMAÇLI SKALEN VEYA SUPRAKLAVİKULAR LENF NODU BİYOPSİSİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.239** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 2 /3** |

## İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI(KARŞILAŞILMASI MUHTEMEL İSTENMEYEN DURUMLAR)

İşleme bağlı bir komplikasyon gelişme ihtimali %0.5 civarındadır. Bunlar; ses kısıklığı, kanama, akciğer zarında açılma, bağırsaktan emilen lenf sıvısını toplayan damar benzeri yapının zedelenmesi, yara iltahabı, apse, kesi bölgesinde hafif uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe gelişimi, ameliyat esnasında ve sonrasında kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin kullanımına bağlı olarak allerjiler dahil olmak üzere, tıbbi literatürde tanımlanmış sorunlar gibi durumlardır. Bunların oluşmaması için gerekli tedbirler alınacaktır. Oluşmaları halinde tedavi süresi uzayacak veya ek tedavilere ihtiyaç oluşabilecektir. Bu durumlar, çok nadir de olsa ölüme sebebiyet verebilir.

**Ölüm:** Ölüm riski yok denecek kadar azdır (%0,5’in altında).

## Yukarda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle onam formunu imzalayarak tüm bu riskleri bildiğinizi ve işlemi kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

1. **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Cerrahi işlemlerde süreyi belirleyen faktörler, hastanın hazırlanması, ameliyat odasının hazırlanması, hastanın anestezisi, cerrahi işlem, hastanın uyandırma-derlenme ünitesine alınması ve cerrahi sonrası takip edileceği servise ya da yoğun bakıma alınmasıdır. Bu faktörlerin hepsi ayrı ayrı süreyi uzatabilir ve işlemin süresi genel olarak 30-60 dakika arasındadır.

## B- ONAM (RIZA, İZİN)

Doktorum tarafından hastalığım ve bana yapılması planlanan tedavi konusunda detaylı olarak bilgilendirildim. Bunun yanında yapılacak müdahalenin şekli, şahsıma ait özel riskleri, yan etkileri ve gerekebilecek diğer girişimler hakkında benim için önemli olduğunu düşündüğüm bütün soruları sordum. Ameliyat yapılmaması halinde neler olabileceğini, işlemin alternatifinin olmadığı anladım. Başka sorulacak hiçbir sorum yok. Kendimi yeteri kadar aydınlanmış hissediyor ve yeteri kadar düşündükten sonra bana yapılması planlanan müdahele için rıza gösteriyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum. Gerekli olabilecek acil yöntem değişiklikleri için de rıza gösteriyorum. Bu iznim tıbbi zorunluluk nedeni ile gerekli kan ve kan ürünlerinin nakli için de geçerlidir.

**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 | **TANISAL AMAÇLI SKALEN VEYA SUPRAKLAVİKULAR LENF NODU BİYOPSİSİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.239** | **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: ...:…..

# .