

ENDOVASKULER PROSEDÜRLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dosya No:
Soyadı:
Adı:
Doğum tarihi:

ÖNERİLEN TEDAVİ

Doktorum bende (hastanın adı) hastalığı olduğunu ve endovaskuler yöntemle tedavinin mümkün olduğunu açıkladı.

Genel yada bölgesel anestezi altında kasıktaki veya koldaki arter yoluyla girilerek ve büyük bir keşi yapmadan güçlü bir veya birkaç sentetik tüp veya pantolon şeklinde greft ile anevrizmatik arter segmentinin değiştirilmesi veya kullanılan özel stentierie ile damardaki daralmanın açılması anlamına gelir.

Arter açılır ve daha önceden yapılmış ölçümlere göre hazırlanmış greft damar içerisinde yukarı doğru ilerletilir. Greftin yeri X-ışınları kullanılarak takip edilir. Doğru yere geldiğinde greft açılır. Greftin etrafındaki küçük kancalar grefti yerinde tutar. Eğer pantolon greft kullanılacaksa her iki kasık açılır ve greftin bir bacağı diğer taraftan ilerletilerek ana grefte tuturulur. Kan akımı kontrol edilir ve arteryel delikler kapatılır. Kasıktaki yara yerlerine sıvı birikimini engellemek amaçlı geçici drenler yerleştirilebilir, daha sonra yaralar kapatılır.

RİSKLER

Bunlar sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. Genel yada özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.

Bu risklerin bazılarının anesteziyle ilgili olduğunu anlıyorum (Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formuna bakınız).

Kullanılan ilaçlardan herhangi biriyle ilgili yan etkiler olabileceğini anladım. Sık karşılaşılanlar başdönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Endovaskuler prosedürlerin aşağıdaki genel risk ve kısıtlamalara sebep olabileceğini anlıyorum.

- Yaralarım enfekte olabilir, kızarıklık, ağrı ve şişlik oluşabilir ve antibiyotiklere ihtiyacım olabilir.
- Üriner enfeksiyon geçirebilirim.
- Genel anestezi kullanılırsa akciğerlerimin küçük kısımları kapanabilir, bu beni akciğer enfeksiyonuna yatkın hale getirebilir, fizyoterapi ve antibiyotik ihtiyacım olabilir.
- Bacağımda şişlik ve ağrı ile giden bir pıhtı oluşumu (derin ven trombozu) meydana gelebilir. Bu pıhtıdan bir parça koparsa akciğerlerime gidebilir (pulmoner emboli) ve nefes darlığına yol açabilir. Bu nadiren ölümcül olabilir.
- Kalbimdeki zorlanmaya bağlı olarak kalp krizi geçirebilirim.
- İnme geçirebilirim.
- Çok küçük bir olasılıkla ameliyatta hayatımı kaybedebilirim.
- Teknik nedenlerden dolayı prosedür açık ameliyata dönebilir.
- Nadiren greft/stent içerisindeki kan işleminden sonra pıhtılaşabilir ve daha başka tedavilere ihtiyaç duyulabilir.
- Kan transfüzyonuna ihtiyaç duyacağım kadar kan kaybedebilirim.
- Kasıkta kan birikimi olabilir. Bu zamanla emilebilir, ancak nadiren yeni bir ameliyata ihtiyaç duyulabilir.
- Ameliyatım başarılı geçse de altta yatan, hastalığım (damar sertliği/ateroskleroz) ilerleyebilir, koyulan stent içinde darlık olabilir ve gelecekte şikayetlerim tekrar ortaya çıkabilir.
- Eğer arter içerisindeki hastalıklı doku ameliyat sırasında yerinden oynarsa, ayağımda küçük ölü doku alanları meydana gelebilir, organlarımda dolaşım bozukluğu ve buna bağlı fonksiyon kaybı gelişebilir, hayati tehlike oluşabilir. Özellikle bağırsaklarda gelişen dolaşım bozukluğu nedeni ile tekrar ameliyat olmam gerekebilir.
- Greftin etrafında anevrizmanın büyümesine devam etmesine izin verecek kan kaçağı (endoleak) oluşabilir. Bu ek minimal girişimsel ya da açık cerrahi tedavi gerektirebilir.

Dosya No:

Soyadı:

Adı:

Doğum tarihi:

- Greft yerinden oynayabilir. Greftin düzenli takip edilmesine ihtiyaç duyacağım ve eğer greftin yeri değişirse, greft tıkanırsa yada anevrizmaca kaçak oluşursa yeni cerrahi girişimler ihtiyaç duyabilirim.
- Orjinal anevrizma patlayabilir ve acil cerrahi müdahale gerekebilir.
- Prosedür nispeten yeni olduğundan, halen bilinmeyen uzun dönem komplikasyonları gelişebilir.
- İşlem sırasında kullanılan kontrast maddeye karşı alerji gelişebilir, böbreklerimde hasar oluşabilir. Kalıcı yada geçici olarak diyalize ihtiyaç duyabilirim.

Eğer sigara içiyorsam, şişmansam, şeker hastalığım, yüksek kan basıncı değerlerim varsa veya bilinen kalp rahatsızlığım varsa bu risklerin daha yüksek oranla oluşabileceğini anlıyorum.

BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerimle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonların olası olduğunu anlıyorum.

.....
.....
.....
.....

HASTANIN BEYANI

- Cerrahim bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek cerrahım tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.
- Gerektiği takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum. **EVET** **HAYIR**
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin gördüğüm doktor tarafından yapılmayabileceğini, girişimin deneyimli bir doktor denetiminde halen eğitim görmekte olan başka bir doktor tarafından yapılabileceğini anladım.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dokümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dokümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne yada keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.

Hastanın imzası

Tarih

Eğer hasta bir erişkinse ve onanı veremiyorsa hastayı getiren kişi tarafından bir vekâlet formu doldurulmalı ve imzalanmalıdır.

DOKTORUN BEYANI

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu sorulara yanıtladım.

Doktorun imzası

Doktorun Adı

Tarih

ŞAHİDİN BEYANI (Tercihen hasta yakını)-Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

Şahidin imzası

Tarih

Şahidin Adı