



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KEMİK İLİĞİ BİYOPSİSİ/ASPİRASYONU İÇİN AYDINLATIMIŞ ONAM FORMU

Hastanın Ad-Soyadı, Doğum Tarihi:/.....

Acil Durumlarda Onam Alınacak HastaYakınınınAdı-Soyadı:

Hasta Yakınının Telefon Numarası:

Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / VasininAdı-Soyadı:

Veli/Vasinin Telefon Numarası:

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen kemik iliği biyopsisi/aspirasyonu işlemi hakkında bilgi sahibi olacaksınız.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa lütfen bizimle paylaşınız.
- Tanısal girişimlerin yararlarını ve olasırisklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya yukarıda belirttiğiniz yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlereizin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. İzininizi geri çektiğinizde de gerekli tıbbi yardımları almaya devam edeceksiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden birsakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KEMİK İLİĞİ BİYOPSİSİ/ASPIRASYONU İÇİN AYDINLATIMIŞ ONAM FORMU

Kemik Biyopsisi/Aspirasyonu Nedir?

Yapılacak işlem, bir iğne ile bel bölgesinden, leğen kemiği arka çıkıntısından patolojik/sitolojik tanı konması amacıyla küçük bir parça alınması işlemidir. Uygulama enstitümüzdeki girişimsel işlemler odasında lokal anestezi ile yapılır. Öncelikle işlem yapılacak bölgeniz bir antiseptik ile temizlenir. İşlemi yapacak doktorunuz ilgili bölgeyi local anestetik maddeler (Lidokain, Prilokain) ile uyuşturur. Lokal anestezi sonrası işlem steril şartlarda yapılır. Alınan bu parça ilgili bölümler(patoloji, hematoloji, genetik vb.) tarafından incelenir.

Bölümümüzde bu işlem genellikle lenfoma tanılı hastalarda evreleme amaçlı ve kanserli hücrelerin kemik iliğini tutup tutmadığını araştırmak amacıyla uygulanır. Diğer uygulama alanları da vardır.

İşlem yaklaşık olarak 15 dakika sürecektir. İşlem sırasında da doktorunuz sizinle konuşarak ağrı vb. durumları paylaşacaktır. İşlem sonrası gerekli kontrolleri müteakiben taburcu olacaksınız. Bu işlem nedeniyle toplam hastanede kalma süresi 1 saat civarındadır.

Önerilen biyopsi/aspirasyon işlemi kabul etmemeniz halinde eksik/fazla tedavi görme olasılığınız vardır. Bu durumu doktorunuz ile paylaşarak daha detaylı bilgi alabilirsiniz.

İşlemin riskleri arasında ilaç uygulaması sırasında uygulama bölgesinde kızarıklık, şişlik, iltihaplanma veya kanama olabilir. Bölgesel tahrişe bağlı cilt hasarı ve yaralar oluşabilir. Nadir de olsa biyopsi alınan bölgede kemik hasarı veya etraf doku zedelenmesi olabilir. Hastanın ağrısının azaltılması ve sakinleştirilmesi için verilecek olan ilaçlar allerji ve nadiren solunum durmasına sebep olabilir. Bu işlemin yerine geçebilecek bir yöntem yoktur.



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KEMİK İLİĞİ BİYOPSİSİ/ASPİRASYONU İÇİN AYDINLATIMIŞ ONAM FORMU

- Doktorumdan tıbbi durumum, tedavi gerekçesi ve tedavi ile ilgili yapılacak tıbbi/cerrahi veya tanı amaçlı işlemler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi/işlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tanı/tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları işlem ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Hastalığım hakkında gerekli bilgilendirmenin tarafımdan anlaşılabilmesi ve karar verebilmem için bana yeterli süre tanındı.

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Klinik Onkoloji ABD hekimleri tarafından
..... gerekçesi ile
girişimi/işlemi tarafıma önerildi. Bu girişim/işlemlerle ilgili Bilgilendirme Formu tarafıma
verildi. Bu formu.....

*Bu formu..... ile başlayan bölüm okudum, anladım, aklımdaki soruları sordum ve
yanıtlarını aldım şeklinde hastanın/yakınının el yazısı ile doldurulacaktır.*



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KEMİK İLİĞİ BİYOPSİSİ/ASPİRASYONU İÇİN AYDINLATIMIŞ ONAM FORMU

Bu bölüm hastanın kendisi/yakını/velisi-vasisi tarafından doldurulacaktır:

Girişimi/işlemi kabul ediyorum. Hastanın ya da yakınının/veli-vasisinin imzası:

Girişimi/işlemi reddediyorum. Hastanın ya da yakınının/veli-vasisinin imzası:

• Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/ tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

İzin veriyorum Hastanın ya da yakınının/veli-vasisinin imzası:

İzin vermiyorum Hastanın ya da yakınının/veli-vasisinin imzası:

• Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

İzin veriyorum Hastanın ya da yakınının/veli-vasisinin imzası:

İzin vermiyorum Hastanın ya da yakınının/veli-vasisinin imzası:

Tarih/Saat:

Bu bölüm hastanın tanı ve tedaviye yönelik girişiminden sorumlu hekim tarafından doldurulacaktır:

Hastayı, hastanede tahmini kalış süresi ve hastaya getireceği maliyüğü konusunda gerekli açıklamaları yaparak bilgilendirdim ve bu bilgileri anlamasını sağladım.

Özellikle kaygı duyduğu şeyler konusunda soru sormasını sağladım.

Diğer bilgiler:

.....

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih/Saat: