



**İÜONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI**  
**PARASENTEZ 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 parasentez işlemi hakkında bilgi sahibi olacaksınız.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınıza ile ilgili konularda sizi bilgilendirmekve 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 sağlığınıza ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya yukarıda belirttiğiniz yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasınaizin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. İzninizi geri çektiğinizde de gerekli tıbbi yardımları almaya devam edeceksiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden birsakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.



**İÜONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI**  
**PARASENTEZ İÇİN AYDINLATIMIŞ ONAM FORMU**

**Parasentez Nedir?**

Parasentez, karın boşluğunda birikmiş olan vücut sıvısının tanı ve/veya tedavi amacıyla dışarıdan bir iğne yardımıyla boşaltılması işlemidir. Uygulama enstitümüzdeki girişimsel işlemler odasında lokal anestezi ile yapılır.

Ağırkaraciğer, barsak hastalıkları, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, kanser gibi hastalıklar karınzarları arasında sıvı birikmesine ve karında şişliğe yol açmaktadır. Bu şişlik bazen hastanın nefes alıp vermesini zorlaştıracak kadar çok olabilir. Karında bir iken sıvının hastanın solunumunu zorlaştıracak düzeye ulaştığı durumlarda veya buna sebep olan hastalığın tanısı için gerektiği durumlarda sıvının boşaltılması ve incelenmesi gerekir.

Girişim yapılmadığında hastalığın tanısı konulamayıp uygun tedavisi yapılamayabilir. Ayrıca sıvının fazla olduğu ve solunum güçlüğüne yolaştığı durumlarda boşaltılmazsa solunum daha da kötüleşir ve solunum cihazına bağlanması hatta ağır durumlarda hastanın kaybedilmesi ile sonuçlanabilir

İşlem hasta sırtüstü yatar durumda iken yapılır. Steril şartlarda antiseptic bir madde ile girişimin yapılacağı bölge temizlenir. Karının uygun bir yerinden iğne ile karınzarları arasına girilir. Alınan sıvının gerekli analizleri ilgili bölümlerde yapılır. Eğer sıvı çok miktardaysa iğnenin ucuna bir hortum takılarak boşaltılır. Sadece inceleme için örnek alınacak ise işlem yaklaşık olarak 10-15 dakika, karından sıvı boşaltma amacı ile yapılacaksa biriken sıvının miktarına bağlı olarak değişebilmekle birlikte 30-60 dakika sürecektir.

İşlem sonrasında nadiren infeksiyon gelişebilir. Çok nadirende barsak zedelenmesi ve kanama görülebilir.

Girişimden önce hekiminize daha önce bu girişimin yapılıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

Parasentez işlemi sırasında ve sonrasında hastanın bir süre istirahat etmesi gerekmektedir.



**İÜONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI**  
**PARASENTEZ 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.*



**İÜONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI**  
**PARASENTEZ 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 mali yük 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: .....