



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI
TORASENTEZ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hastanın Ad-Soyadı, doğum tarihi:/...../.....

Acil Durumlarda Onam Alınacak HastaYakınının Adı-Soyadı:

Hasta Yakınının Telefon Numarası:

Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin Adı-Soyadı:

Veli/Vasinin Telefon Numarası:

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen torasentez 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 olası risklerini 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 işlemlere izin 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. İzninizi geri çektiğinizde de gerekli tıbbi yardımları almaya devam edeceksiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI
TORASENTEZ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Torasentez Nedir?

Torasentez akciğeri çevreleyen zarların arasına anormal olarak birikmiş sıvıyı bir iğne yardımıyla büyük ölçüde boşaltmak veya bu sıvıdan az bir miktar alıp analiz etmek amacıyla yapılan bir girişimdir. Yani hem tanı hem de tedavi amacıyla yapılan bir işlemdir. Uygulama enstitümüzdeki girişimsel işlemler odasında lokal anestezi ile yapılır.

Akciğerin dış kısmını kaplayan zarların arasında kanser veya diğer çeşitli hastalıklar nedeniyle sıvı birikebilmektedir. Tanı için bu alandan sıvının alınarak tahliller yapılması gerekebilir. Torasentez ayrıca akciğer zarları arasında sıvı biriken hastalarda solunumu rahatlatmak amacıyla da yapılabilmektedir.

Bu işlemin yapılmaması hastalığın tanısının tam olarak konulamamasına neden olabilir. Tanının eksik olarak konulması tedavi aşamasında da yetersizliğe yol açabilecektir. Ayrıca torasentez ile gerekli miktarda sıvı boşaltılabileceği için solunum sıkıntısının tedavisi de yeterli olmayacaktır.

İşlem oturur vaziyette iken yapılır. Sırt bölgesindeki göğüs duvarı cildi antiseptik ile temizlenir. İğne ile alınan sıvı tahlil amacıyla laboratuara gönderilir. Hekim gerekli görürse solunumunuzu rahatlatmak amacıyla zarlar arası boşlukta birikmiş olan sıvıyı drenaj seti yardımıyla boşaltabilir. İğne yerinden çıkartıldıktan sonra kontrol amacıyla akciğer grafisi veya akciğer tomografisi çekilebilir. Sadece inceleme için örnek alınacak ise işlem yaklaşık olarak 10-15 dakika, sıvı boşaltma amacı ile yapılacaksa biriken sıvının miktarına bağlı olarak değişebilmekle birlikte 30-60 dakika sürecektir.

İğnenin giriş yerinde kanama, kaburgalar ve zarlar arasına kanama olması, iğnenin girdiği yerdeki dokulara zarar verilmesi, akciğerde sönme, bayılma, kan tükürme, öksürme gibi yan etkiler görülebilir. Çok nadiren de akciğer etrafındaki boşlukta infeksiyon gelişmesi, hava embolisi, ölüm gibi ciddi durumlar meydana gelebilir.

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.

Torasentez işlemi sonrasında solunum sıkıntısı başlarsa hemen hekime haber verilmelidir. Girişimden sonra birsüre istirahat edilmelidir.



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI
TORASENTEZ İÇİN AYDINLATILMIŞ 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
TORASENTEZ İÇİN AYDINLATILMIŞ 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.

Diğerbilgiler:.....
.....

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih/Saat: