



KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ
PERİKARDİYOSENTEZ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ
HASTANIN

Adı Soyadı :

Protokol Numarası :

Doğum Tarihi :

Telefon Numarası :

Adresi :

Hastaneye Kabul/Yatış Tarih :

Hastalığın Ön Tanısı/Tanısı :

Acil Durumda Onam Almak İçin Ulaşılabilecek Yasal Temsilcilerinin Ad-Soyad ve Tel. Numaraları

1-

2-

- ❖ Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- ❖ Önerilen girişim / tedavi hakkındaki bilgi formun ikinci bölümünde mevcuttur.
- ❖ Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- ❖ Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- ❖ Girişim / tedavi için onam
- ❖ . belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
- ❖ Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir

LÜTFEN BU FORMU DİKKATLİCE OKUYUNUZ VE BİR KOPYASINI ALINIZ.

PERİKARDİYOSENTEZ İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA)

Perikard efüzyonu, kardiyak tamponad hastalığı nedir, nasıl seyreder ve sebepleri nelerdir?

Perikard kalbin etrafını saran ve kalp ile birlikte ana damarların kökünü kapsayan çift duvarlı keseye verilen isimdir. "Perikard efüzyonu" kalp ve kalbi çevreleyen kesecik olan perikardiyum arasında anormal sıvı birikimidir. Bu sıvının çok fazla miktarda olması veya aniden artması ve böylece kalp üzerinde aşırı basınç oluşturarak kalbin tam genişlemesini ve uygun şekilde çalışmasını önlemesi durumuna ise "kardiyak tamponad" adı verilir. Bu durumda kalp vücudun kalan kısmına yeterli kan pompalayamaz ve sonuçta organ yetmezliği, şok ve hatta ölüm oluşabilir. Kalp tamponadı hayatı tehdit eden bir durum olduğundan hızla tanı konulup tedavi edilmesi gerekir.

Perikardiyosentez nedir, neden bu işlemlere gereksinim duyulur?

Perikardiyosentez kalbin etrafında biriken sıvının boşaltılması işlemine verilen addır. Kalp tamponadının kesin tedavisi perikard etrafındaki sıvının derhal boşaltılması olduğundan tamponad tespit edilir edilmez acil perikardiyosentez yapılmalıdır. Perikardiyosentez ile hem tedavi hem de alınan sıvı örneklerinin tetkik edilmesi ile kalp etrafında neden sıvı biriktiğinin anlaşılması açısından tanısız bir yaklaşım sağlanmış olur.

Perikardiyosentez nerede, nasıl ve kim tarafından yapılır, tahmini süresi nedir?

Perikardiyosentez gerekli hijyen koşulları ve ekipmanlar sağlandıktan sonra vakit kaybetmeden yapılmalıdır. İşlem bu konuda tecrübeli kardiyologlar tarafından yapılmaktadır. Bu işlem yaklaşık 5-10 dakika kadar sürer. İşlem, koroner bakım ünitesi veya anjiyografi laboratuvarında yapılır. Damar yolu açılır, elektrokardiyografi (kalp grafisi) monitörizasyonu yapılır ve nabız oksimetriyle oksijen saturasyonu (doygunluğu) izlenir. Hasta 30-45 derece açıyla sırtüstü yatırılır. Böylece, kalp göğüs ön duvarına yaklaşır ve sıvı kalbin alt yüzüne toplanır. Lokal anestezi sonrası ekokardiyografi (ultrasonografi görüntülemesi) eşliğinde özel set içindeki iğne, tel, kateterler yardımı ile perikard boşluğuna girilir. Kardiyak tamponat durumunda klinik durumu rahatlatmak için 50 ml'lik enjektörle 100-200 ml sıvı boşaltılır. Eğer sıvı akışı iyiye, kateter steril kapalı drenaj torbasına bağlanır ve kendiliğinden boşalması beklenir. Yaklaşık 24-48 saat sıvının tamamen boşalması beklenir ve sonrasında kateter ile torba çıkarılır. Hastanın tansına yönelik ilaç tedavisine geçilir.

Perikardiyosentez ile ilişkili istenmeyen olaylar (komplikasyonlar) söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?

Büyük çalışmalarda, ekokardiyografi kılavuzlu perikardiyosentezin önemli komplikasyon oranı %2'den azdır. Bunlar, kalp duvarının yırtılması, damar yaralanmaları (koroner, interkostal veya internal meme arterleri), pnömotoraks (akciğerin delinmesine bağlı etrafının hava ile dolması), hemotoraks (akciğerin etrafının kan ile dolması), pnömoperikardiyum (perikardın kan ile dolması) ve ritim bozukluklarıdır. Perikardiyosentez sırasında, ağrıya veya hızlı sıvı boşalmasına bağlı olarak hastaların %25'inde vazovagal reaksiyon dediğimiz tansiyon ve nabız düşüklüğüne bağlı bayılma veya bayılma hissi gelişebilir. Bazen aşırı sıvı boşaltılması (>1000 ml) sonucu sağ veya sol ventrikül (karıncık) genişlemesine bağlı akut kalp yetersizliği ortaya çıkabilir. Subksifoid yaklaşımda, bazen yanlışlıkla transperitoneal iğne geçişi olabilir ve mide veya özellikle karaciğer hasarı

görülebilmektedir. Fakat deneyimli ellerde, ekokardiyografi kılavuzluğunda hem subksifoid hem de apikal perikardiyosentez yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranıyla yapılabilir. Kardiyak tamponat varlığında yaşam kurtarıcıdır.

Perikardiyosentez gerekli olmasına rağmen yapılmaması durumunda ne tür sorunlarla karşılaşılabilir ve yaptırmaya karar verdiğimizde nasıl bir yol izlenmelidir?

Perikardiyosentez gerekli olmasına rağmen yapılmaması durumunda organ yetmezliği, şok ve hatta ölüm oluşabilir. Eğer sonradan perikardiyosentez yaptırmaya karar verilirse hemen doktorunuza bu kararı ileterek işlemin yapılmasına geçilir.

Perikardiyosentezin yerini tutabilecek alternatif tetkik yöntemleri mevcut mudur?

Cerrahi ile de kalbin etrafındaki sıvı boşaltılabilir fakat zaman kaybına neden olabilir. Bu nedenle cerrahi daha çok perikardiyosentezin yapılamadığı durumlarda tercih edilir.

Yapılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri nelerdir?

Perikardiyosentez sonrasında yapmanız gereken yaşam tarzı değişiklikleri doktorunuz tarafından taburcu edilirken anlatılacaktır.

YUKARIDAKİ “PERİKARDİYOSENTEZ ONAM FORMU”NU OKUDUM VE ANLADIM, BİR KOPYASINI ALDIM (Kendi el yazınız ile aynısını yazınız).

- ❖ Tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak girişim / tıbbi-cerrahi tedavi konusunda bilgi aldım.
- ❖ Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ❖ Kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle, girişimin / tedavinin, öğretimden sorumlu bir hekim (öğretim üyesi, şef, şef yardımcısı, başasistan, uzman) gözetim ve sorumluluğunda, asistan / araştırma görevlisi doktorlar tarafından da uygulanabileceğini; ama her koşulda girişimi gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyimde olacağını anlıyor ve kabul ediyorum.
- ❖ Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri konusunda bilgilendirildim.
- ❖ Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN <i>Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından</i> <i>doldurulacaktır.</i> Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	İşlemi Yapan Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası
HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	

ÖNERİLEN GİRİŞİMİ / TEDAVİYİ REDDETME
BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL
ETMİYORUM.

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (<i>Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.</i>) Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	
HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	

GİRİŞİM / TEDAVİ İÇİN VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

**BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASI İÇİN
VERDİĞİM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ
ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA
GERİ ÇEKİYORUM.**

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (<i>Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.</i>) Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	
HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	