



..... HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ
AORT BALON VALVÜLOPLASTİ (AORT KAPAĞINI BALON İLE GENİŞLETME) İÇİN
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ

HASTANIN

Adı Soyadı:

Protokol Numarası:

Doğum Tarihi:

Telefon Numarası:

Adresi:

Hastaneye Kabul Tarihi:

Servise Yatış Tarihi:

Hastalığın Ön Tanısı/Tanısı

Acil Durumda Onam Almak için Ulaşılabacak Yasal
Temsilcilerinin Ad-Soyad ve Telefon Numaraları

1-

2-

Sorumlu Hekimin Adı-Soyadı:

I- YAZILI ONAM (RIZA):

Bu bölüm hasta tarafından okunacak ve doldurulacaktır .

Sayın hastamız lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz:

- 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 formun 3. ve 4. Sayfalarının bir kopyasını kendiniz için isteme hakkına sahipsiniz..
- 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.
- Önerilen girişimi / tedaviyi kabul etmemeniz durumunda bu belgenin **3. Bölümünü doldurmak zorundasınız.**
- 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. Girişim / tedavi için verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda bu belgenin **4. Bölümünü doldurmak zorundasınız .**
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.



- 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 sağlığıma 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:

Hastanın İmzası:

.....

Tarih

.....

HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefon

Adresi:

.....

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefon

Adresi:

.....

Tarih:



II- AORT BALON VALVÜLOPLASTİ (AORT KAPAĞINI BALON İLE GENİŞLETME) İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA):

Aort darlığı nedir?

Aort kapağı vücuda kanı pompalayan sol karıncık (sol ventrikül) ile kalpten ayrılan ana atardamar (aort damarı) arasında bulunan kalp kapağıdır. İnsan yaşlandıkça bu kapağın yapısının bozulmasına ve kireçlenmesine bağlı olarak daralmasına aort darlığı denilmektedir. Çocuklukta geçirilen romatizmal ateş hastalığına ya da doğuştan var olan kapağın yapısal bozukluklarına bağlı olarak daha erken yaşlarda da aort kapak darlığı gelişebilmektedir. Ciddi aort darlıklarında ana atardamara atılan kan miktarı belirgin olarak azalmakta ve buna bağlı olarak hastada göğüs ağrısı, bayılma ve nefes darlığı yakınmaları görülebilmektedir. Bu yakınmaların ortaya çıkmasından sonra ortalama yaşam süresi 3 yıldan daha azdır.

Aort kapak darlığının tedavisi kalp ameliyatı ile kapağın değiştirilmesi veya onarılmasıdır. Bununla birlikte kalp ameliyatı yapılamayan hastalarda kapağın balonla genişletilmesi gerekebilir. Bu onarımın yararları yaklaşık 6-12 ay kadar sürer. Bu işlem yalnızca hastanın kapağının darlığından ileri gelen problemlerini rahatlatmak amacı ile yapılır. Hastalığı ortadan kaldıracı uzun dönem tedavi şekli değildir. Bu işlem hastalara ancak kalp kapak ameliyatı için "uygun hasta" değiller ise yapılmaktadır.

İşlem öncesinde dikkat edilecek hususlar:

İşlemden bir gece önceden itibaren aç kalınması gereklidir (ilaçlarınızı az miktarda su ile alabilirsiniz). Girişim yapılacak bölgenin, özellikle her iki kasığın traşlanması lazımdır. Bayan hastaların hamilelik şüphesi taşınamaları gereklidir.

Aort kapağını balon ile genişletme işlemi nasıl yapılır ?

Hastanın kasığı antiseptik sıvılarıyla temizlenir. Kasık bölgesine o bölgeyi uyuşturmak için lokal anestezi madde enjekte edilir. Uyuşma sağlandıktan sonra iğne ile kasık bölgesinden geçen atardamara girilir. Özel bir teknikle iğnenin girdiği yere işlem boyunca kalacak ve işlem sonunda çıkarılacak olan ve balonun ilerletilebileceği bir plastik boru sistemi yerleştirilir. Uzun bir kılavuz tel kapağa gelinceye kadar damar boyunca kalbe doğru ilerletilir. Doktor teli görmek için röntgen ışınından yararlanan bir

cihaz (skopi) kullanır. Tel doğru yere yerleştirildikten sonra balon tel üzerinden ilerletilerek daralmış olan kapağın içine yerleştirilir ve şişirilir. Böylece kapak mümkün olduğunca genişletilir. Balon birkaç kez şişirilebilir. İşlemin sonunda kılavuz tel ve balon çıkarılır. Kasığa yerleştirilmiş olan plastik boru sistemi de bir müddet sonra çıkarılır ve girişim yapılan bölgeye bir süreliğine baskı yapılarak kum torbası konur.

Aort kapağını balon ile genişletme uygulaması ile ilişkili istenmeyen olaylar söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?

Bu işlemin riski kalbin pompalama gücüne, genel sağlık durumuna ve diğer organların ne kadar sağlıklı olduğuna bağlıdır. Bu işlemde ölüm ve maluliyet riski kardiyoloji alanında kullanılan diğer tanılal ve tedavi edici yöntemlere göre daha yüksektir. Kalp krizi gelişmesi, aort kapağı / damarında ya da sol karıncıkta yırtılmalar meydana gelmesi % 2 oranında görülebilir. İşleme bağlı olarak felç gelişmesi riski % 4 civarındadır. İşleme bağlı ölüm oranı ise % 2-10 arasında değişmektedir.

YUKARIDA 1 SAYFADAN OLUŞAN

“AORT BALON VALVÜLOPLASTİ (AORT KAPAĞINI BALON İLE GENİŞLETME) BİLGİLENDİRME FORMU”NU OKUDUM VE ANLADIM.

Tarih:

Bilgilendirmeyi yapan hekimin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Hastanın

Adı-Soyadı:

İmzası:



III- ÖNERİLEN GİRİŞİMİ / TEDAVİYİ REDDETME:

BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL ETMİYORUM.

Hastanın Adı-Soyadı:

Hastanın İmzası:

.....

Tarih:

.....

HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefon

Adresi:

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefon

Adresi:

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİM

Adı-Soyadı:

İmzası:

Kurum sicil no:

.....

Tarih:.....

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Kurum sicil no:

.....

Tarih:.....



IV- 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:

Hastanın İmzası:

.....

Tarih:

.....

HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefon

Adresi:

.....

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefon:

Adresi:

.....

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİM

Adı-Soyadı:

İmzası:

Kurum sicil no:

.....

Tarih:.....

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı-Soyadı:

İmza:

Kurum sicil no:

.....

Tarih:.....