



..... HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ  
GEÇİCİ KALP PİLİ TAKILMASI 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 Onay / Onam Almak İçin Ulaşılabilecek Yasal  
Temsilcilerinin Ad-Soyad Ve Tel. 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 anlıyorum 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 anlıyorum 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:

.....

Telefonu: .....

Adresi: .....

.....

Tarih: .....

**KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN**

*Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.*

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

.....

Telefonu: .....

Adresi: .....

.....

Tarih: .....



## II. GEÇİCİ KALP PİLİ TAKILMASI İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA):

Kalbimizin tıpkı bir şehrin elektrik şebekesine benzer bir sistemi olduğunu biliyor muydunuz? Gerçekte de sağ kulakçıkta yer alan ana merkezden (sinus düğümü) çıkan uyarılar kulakçıklarla karıncıklar arasında yer alan bir ara istasyondan (atriyoventriküler düğüm) kısa bir bekleme ile geçtikten sonra yine özelleşmiş iletim yolları ile karıncıklara yayılır ve böylece ana merkezde üretilen elektriksel uyarı tüm kalp kası hücrelerine iletilerek kalbin kasılması sağlanmış olur.

### • Geçici Kalp piline neden gereksinim duyulur?

Uyarı merkezinin (sinus düğümü) yeterli hızda uyarı oluşturamaması veya iletim yolları üzerinde herhangi bir kesinti olması nedeniyle kalp atışlarının aşırı yavaşlaması halinde hastanın normal yaşamını sürdürebilmesi için gerekli kalp atış hızını sağlamak üzere vücuda yerleştirilen kalp pillerine gereksinim duyulur.

### • Geçici Kalp pili takılması işlemi nasıl yapılır?

İşlem genelde lokal anestezi ile; boyunda, göğüste veya kasıkta kalbe giden büyük toplar damarların içinden elektrod denilen ince tellerin kalbin içine yerleştirilmesi ve bunun vücut dışındaki bir jeneratöre bağlanması şeklinde yapılır. Bu işlem yatak başında yapılabileceği gibi skopi (Röntgen cihazı) altında da yapılabilir. İşlem genelde 20-30 dakika sürer. Geçici pil gereksinimi ortadan kalktığında, kalbin içine yerleştirilen tel dışarı çıkarılır.

### • Geçici Kalp pili takılması ile ilişkili istenmeyen olaylar söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?

Geçici kalp pili uygulaması küçük ölçekli bir cerrahi işlemdir. Dolayısıyla uygulamada bazı komplikasyon dediğimiz istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir. Geçici pil takılmasına bağlı olarak damarda yırtılma,

anevrizma (genişleme), atar ve toplar damar arası fistül tabir edilen açıklıkların oluşumu, kanama, hematoma (damardan sızan kanın yaptığı şişlik) gibi istenmeyen olaylar meydana gelebilir. Bunun dışında, boyun damarından girişim yapılan hastalarda, akciğerin zedelenmesine bağlı akciğer zarında mayı veya hava birikmesi ve buna bağlı nefes darlığı gelişebilir. Bu durumda akciğere iğne ile girilerek veya tüp yerleştirilerek tedavi gerekebilir. Çok nadiren de olsa damar içinde pıhtı oluşumu ve bu pıhtının hayati organlara gitmesi görülebilir. Yine kalp duvarında delinme ve buna bağlı olarak kalp zarında sıvı birikmesi olabilir. Bu durum nadiren hayatı tehdit edici olabilir. Bu durumlarda, bu tür hastalara kalp cerrahisi tarafından müdahale yapılması gerekebilir.

## YUKARIDA 1 SAYFADAN OLUŞAN

## “GEÇİCİ KALP PİLİ TAKILMASI 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:

.....

.....

Telefonu: .....

Adresi: .....

.....

Tarih: .....

---

### KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

*Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.*

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefonu: .....

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 ONAYI / 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:

.....

.....

Telefonu: .....

Adresi: .....

.....

Tarih: .....

---

#### KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

*Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.*

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Telefonu: .....

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:.....