



..... HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ  
**TRANSÖZOFAGEAL (YEMEK BORUSU YOLUYLA) EKOKARDİYOGRAFI 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 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 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:

.....

Telefonu: .....

Adresi: .....

.....

Tarih: .....

**KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN**

*Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.*

Adı-Soyadı: İmzası:

.....

Telefonu : .....

Adresi: .....

.....

Tarih: .....

## II- YEMEK BORUSU YOLU İLE (TRANSÖZOFAGEAL) EKOKARDİYOGRAFI İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA):

### • Transözofageal ekokardiyografi (TÖE) nedir?

Ekokardiyografi kalbin ses dalgaları yolu ile (ultrason) iç yapısının ve işlevlerinin incelenmesidir. Yaygın olarak kullanılan yüzeysel ekokardiyografi (transtorasik) yönteminin yetersiz kaldığı bazı durumlarda yemek borusu yolu ile ekokardiyografi yapılması gerekebilir. Bu durumlar şu şekilde sıralanabilir: kalpte pıhtı veya enfeksiyon varlığının araştırılması, yapay kapak işlevlerinin değerlendirilmesi, ana atardamar-aort yırtılmalarının aranması, kalp deliklerinin incelenmesi, kalp kapak yetersizliklerinin ciddiyetinin belirlenmesi, kalp kapak tamiri veya kalp deliklerinin kapatılması ameliyatları sırasında ve sonrasında, işlem başarısının değerlendirilmesi.

Bazen de akciğer hastalığı, şekil bozukluğu gibi nedenlerle hastanın göğüs yapısı yeterli kalitede ekokardiyografik görüntü alınmasına izin vermediği durumlarda TÖE yöntemine başvurulur. Bazı hallerde TÖE sırasında kalbin iç sınırının daha iyi görüntülenmesi, kalp kası kanlanması gösterilmesi ve kalp içi şantların saptanması amacıyla *kontrast maddeler* (boyalı ilaçlar) kullanılabilir.

### • Hasta işlem öncesi nasıl hazırlanır?

Tetkike 4-12 saatlik açlık sonrası başlanır. Şeker hastalarının doktorlarına danışması gereklidir. Alerji, astım, yüksek göz tansiyonu, yutma güçlüğü, burun tıkanıklığı gibi yakınmaları olan, yemek borusu ve mide ile ilgili sorunları olan hastaların bu durumları incelemeyi yapacak doktora haber vermeleri gereklidir. Ağız içinde, çıkarılabilir diş ve damak protezi varsa işlem öncesinde çıkarılmalıdır.

### • Uygulama nasıl yapılır?

TÖE yarı girişimsel bir incelemedir. İşlemden hemen önce, gerekli durumlarda damardan ilaç uygulanmasını sağlamak amacıyla damar yolu açılır. Öğürme refleksini bastırıp hastanın işleme

uyumunu sağlamak amacıyla ağız ve yumuşak damak bölgesi yerel olarak anestetik bir sprey yardımıyla uyuşturulur. İşlem ve hasta rahatlığı için damardan sakinleştirici ilaç yapılır. Tetkik sırasında hasta uyumunun sağlanmadığı durumlarda işlem mutlaka gerekiyorsa, anestezi doktorunun kontrolünde kalp-akciğer canlandırma koşullarında sakinleştirme yapılır.

İşlemi yapacak olan kardiyolog tüpün nasıl yutulacağını anlatır. Ağıza, hastanın tüpü ısırması için bir ağızlık yerleştirilir. Jel ile kayganlaştırılmış TÖE probu yavaşça yemek borusundan ilerletilir. Probu yutarken, öğürtü ve bulantı olması normaldir, bu durum geçicidir; bu sırada burundan nefes alınır verilir. Gerekli görülen kalp görüntüleri videoya kaydedilir ve resimleri alınır. İşlem bitiminde doktorunuz bulgular hakkında sizi bilgilendirecektir. İnceleme süresi ortalama 15-20 dakikadır. Ancak hazırlık zamanı ile bu süre 30-60 dakikayı bulmaktadır.

### • Kontrast madde (boyalı ilaç) uygulaması

TÖE sırasında boyalı ilaç uygulanması gereken durumlarda farklı boyalı ilaçlar kullanılmaktadır. En çok tercih edilen yöntem, serum fizyolojik mayinin çalkalanmak suretiyle hava ile karıştırılarak damar yolundan uygulanması ile yapılmaktadır. Bu uygulamanın herhangi bir yan etkisi yoktur. Ayrıca bu işlem için özel üretilmiş farklı boyalı ilaçlar da kullanılmaktadır. Bu boyalı ilaçların çok nadir olarak alerjik yan etkileri görülebilmektedir.

### • İşlem sonrasında dikkat edilecek hususlar

Tetkikten iki saat sonraya kadar bir şey yenilip içilmemelidir. Tetkik sırasında sakinleşmek için kullanılan ilaçlar bir süre uyku hali ve sersemlik yapabileceği için bu durum tamamen düzelinceye kadar araç ve makine kullanılmamalıdır.

Ayrıca 1 ya da 2 gün süreyle boğazda acıma ve his kaybı olabilir. Bu geçici bir durumdur ve tedavi gerektirmez.



- **TÖE uygulaması ile ilişkili istenmeyen olaylar söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?**

TÖE işlemi genel olarak güvenilir bir tetkik yöntemidir. Çok nadir olmakla birlikte aşağıda sıralanan istenmeyen yan etkiler ile karşılaşılabilir: Kanda oksijen azalması (hipoksi), kan basıncında ani düşme veya yükselme, ani ritim bozulması, ağızdan çok hafif taze kan gelmesi, üst ve alt yemek borusunda daralma, yemek borusunda yüzeysel yaralanma, kalp yetersizliği durumunun geçici olarak kötüleşmesi ve çok nadiren de ölüm.

**YUKARIDA 2 SAYFADAN OLUŞAN**

**“TRANSÖZOFAGEAL EKOKARDİYOGRAFI 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 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:.....