



..... HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ
TİLT TABLE TESTİ (EĞİK MASA TESTİ) 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 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 bilgilendirilmeniz 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 imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı girişimbaşladıktan 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 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- TİLT TABLE TESTİ (EĞİK MASA TESTİ) İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA)

- **Eğik Masa testi nedir?**

Eğik masa testi, baygınlık vb. şikayetler nedeniyle tetkik edilen hastalarda kullanılan eğimi ayarlanabilir bir masa yardımı ile yapılan bir tetkiktir.

- **Hasta işlem öncesi nasıl hazırlanır?**

Hasta işlem öncesinde 4-6 saat aç kalmalıdır. Kullanılan ilaçlar doktora danışılmalı ve doktorun talimatları çerçevesinde kullanımlarına devam edilmelidir.

- **Test nasıl uygulanır?**

İşlem, eğimi ayarlanabilen bir masa yardımı ile yapılır. Masa yatay durumda iken hasta masaya yatırılır. Teste başlamadan önce hasta en az 5 dakika yatırılmaktadır. Bu süre eğer damar yolu açılacaksa 20 dakikaya kadar uzatılabilir. Damar yolu, işlem süresince oluşabilecek istenmeyen etkilere karşı ve damar yolu ile verilmesi gereken bazı ilaçlar nedeniyle genellikle açılmaktadır. Hasta yine test öncesinde kalp ritmini takip etmek amacıyla EKG cihazına (kalbin elektrik aktivitesini kaydeden cihaz) bağlanır. Tansiyonun takip edilmesi amacıyla hastanın koluna tansiyon aletinin manşonu bağlanmaktadır. Test için yukarıda bahsedilen hazırlıklar tamamlandıktan sonra teste başlanır. Masaya 60 ile 70 derece açısında eğim verilir, hasta ayağa kaldırılmadan hemen önce düşme vb. durumların önlenmesi amacıyla eğik masaya bağlanmaktadır. Pasif faz adı verilen bu fazda, hasta 60 ile 70 derecelik tilt masasına bağlı şekilde ayakta 20-45 dakika kadar durur (Belirtilen süreler önerilmekle birlikte kesin süreler hastanelere göre değişiklik gösterebilir). Hastada bu sürede bayılma oluşmazsa testin ikinci fazına geçilir. Bu fazda ilaç verilmektedir. İki şekilde yapılabilmeyle beraber damar yolundan sürekli ilaç verilmesi yolu ülkemizde ilacın bulunmaması nedeniyle kullanılmamaktadır. Diğer yöntemde hastanın dil altınanitrogliserin adı verilen ilaç belirli dozlarda (300-400 mcg)püskürtülür.

[[Not: Nitrogliserin genel olarak güvenilir bir ilaçtır. En sık görülen yan etkisi baş ağrısıdır. Bunun yanında daha nadir olarak baş dönmesi , sersemlik , ateş basması , bulantı-kusma ve alerjik yan etkiler görülebilir. Nitrogliserin tansiyon düşürücü özelliğe sahiptir.]]

İlaç kullanılan bu ikinci faz 15 ile 20 dakika arasında sürmektedir. Bu faz sonunda da hastada bayılma görülmezse test sonlandırılmaktadır. Yine hastanın teste devam etmek istememesi, testin herhangi bir kısmında bayılma gözlenmesi (kalpte ritm bozukluğu ve/veya tansiyon düşüklüğü ile birlikte) testin durdurulduğu diğer durumlardır. Yukarıdaki bilgiler ışığında test süresi 40 dakika ile (5+20+15 dk), 85 dakika (20+45+20 dk) arasında değişmektedir. Testin ne kadar süreceği hastane tarafından uygulanan protokole göre değişiklik göstermektedir. [Bu konuda bilgi almak için lütfen doktorunuza danışınız.] Bazı hastanelerde ilaç uygulanmayan ve pasif faz adı verilen kısım atlanarak protokol 20

dakikaya kadar (5+15 dk) kısaltılabilir. Gerekli görülürse işlem sonrasında 20-30 dakika dinlenme önerilebilir.

- **İşlem sonrasında dikkat edilecek hususlar nelerdir?**

İşlem süresi bir saati aşabileceğinden ve işleme bağlı bayılma vb. durumlar oluşabileceğinden o gün için işler bu durum gözetilerek ayarlanmalıdır.

- **Eğik masa testi ile ilgili istenmeyen olaylar söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?**

Genel olarak güvenilir bir yöntemdir. İşlem hastanın baygınlığına yol açabilecek tansiyon düşüklüğü ve ritm bozukluğu (kalbin kısa süreli durması, çok düşük hızda çalışması) gibi durumları araştırmaktadır. Dolayısıyla bu durumlar işlem sırasında görülebilir. Hastaya hemen müdahale edilmesi açısından her türlü ekipman ve ilaç hazır tutulmaktadır. Test sırasında hasta başında ilkyardım konusunda bilgili hemşire ya da sağlık teknisyeni beklemektedir, müdahalesi gerekli olursa doktor ulaşabileceği mesafede bulunmaktadır.

YUKARIDA 2 SAYFADAN OLUŞAN

“TİLT TABLE TESTİ (EĞİK MASA TESTİ)

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: İmzası:

Kurum sicil no:

Tarih:.....