



..... HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ
EGZERSİZ STRES TESTİ (EFOR 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 için 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 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 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:

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- EGZERSİZ STRES TESTİ (EFOR TESTİ) İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA)

- **Egzersiz stres testi nedir?**

Egzersiz stres testi sıklıkla kalp ve damar hastalıklarının tanısında ve egzersiz kapasitesinin, bazı hastalıklarının gidişatının öngörülmesinde, tedavi etkinliğinin belirlenmesinde kullanılan, kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

- **Hasta işlem öncesi nasıl hazırlanır?**

İşlem öncesinde yapılması gerekenler aşağıda sıralanmaktadır:

- Son 12 saat içerisinde rutin fiziksel aktivitenin dışında fiziksel aktivitede bulunulmamalıdır.
- İşlem sırasında elde edilen kayıtlar üzerinden değerlendirme yapıldığından, alınan kayıtlarda parazit olmaması için test odasına gelmeden önce göğüs duvarındaki kıllar temizlenmeli ve banyo edilmelidir. Kayıtların düzgün alınmaması yorumlamada güçlükler ve yanlış yorumlamalara yol açabilmektedir.
- Son 3 saat içerisinde aç kalınmalı, sigara içilmemeli, kahve vb. kafeinli içecekler tüketilmemelidir. (Su içilebilir.)
- Test öncesinde bazı ilaçların kesilmesi gerekebilir. Kullanılan tüm ilaçlar, egzersiz stres testini planlayan doktorun bilgisi dahilinde olmalıdır. Ayrıca bazı ilaçların ani kesilmesi ile istenmeyen etkiler oluşabileceğinden, hasta kendi başına ilaçları kesmemelidir. Hangi ilaçların kesileceği, hangi ilaçlara devam edileceği hususunda mutlaka doktor tavsiyesine uyulmalıdır.
- İşlem sırasında efor sarfedileceğinden rahat ve işlem için uygun giysilerin tercih edilmesi önerilmektedir.

- **Test nasıl uygulanır?**

Egzersiz stres testi, oda sıcaklığı ayarlanmış, test sırasında gelişebilecek istenmeyen etkilerin giderilmesi için gerekli ekipmana sahip özel odalarda; ilk yardım bilgisine sahip hemşire, sağlık teknisyeni veya doktor tarafından yapılmaktadır. Teste başlamadan önce, göğüs kafesine elektrot adı verilen kalpten alınan sinyalleri cihaza aktaran küçük plastik iletkenler yapıştırılır. Elektrotların doğru veri aktarımı yapabilmesi için işlem öncesinde göğüs kafesinin yukarıda anlatıldığı şekilde işleme hazırlanması büyük önem arz etmektedir. Yine test sırasında tansiyon değerleri ölçüldüğünden kola tansiyon aletinin manşonu bağlanmaktadır. (İşleme başlamadan, kademeler arası değişim sırasında ve işlem sonrasında hastanın tansiyon değerleri ölçülerek kaydedilir.) Test için hazırlıklar tamamlandıktan sonra teste geçilir. Test egzersiz ağırlığının ayarlanabildiği bir bisiklet ya da koşu bandı ile gerçekleştirilebilir. Ülkemizde daha ağırlıklı olarak eğitim ve hızın giderek arttırıldığı koşu bandı kullanılmaktadır. Hasta koşu bandı ya da bisiklet üzerinde düşük tempodan başlayarak yürümeye ya da pedal çevirmeye başlamaktadır. Her üç dakikada bir (uygulanan protokole göre süre değişiklik gösterebilir) bandın hızı ve eğimi ya da bisikletin iş yükü giderek arttırılır. Test 10 kademedен oluşmakla birlikte (uygulanan protokole göre değişiklik gösterebilir) günlük pratikte genellikle 3-5 kademe yeterli olmaktadır. Bu da yaklaşık 15 dakikalık bir süre anlamına gelmektedir. Hasta test sırasında mümkün olduğunca karşıya bakmalı ve trabzanlara (koşu bandı kullanılıyorsa) dokunmamalıdır. Yine test sırasında hasta olabildiğince yürümelidir, yürüme hızı ile yetişemediği taktirde koşabilir. İşlem öncesinde hastanın yaşına göre hesaplanan hedef kalp hızına ulaşıldığında, hastada başdönmesi, göz kararması gibi düşmeye yol açabilecek şikayetler oluştuğunda, şiddetli göğüs ağrısı geliştiğinde, hiçbir şikayet

olmadan hastanın kendi isteği ile ve hastanın hayatını tehdit edebilecek bazı durumların geliştiği gözlemlenirse (ciddi tansiyon yüksekliği, kalp krizi şüphesi, ciddi ritm bozuklukları) test sonlandırılır. Bu nedenle göğüs ağrısı, baş dönmesi, göz kararması, aşırı yorgunluk vb. şikayetler olduğuunda ve hasta artık koşmak istemediğinde durumu hızlıca sorumluya bildirmelidir. Test sonlandığında koşu bandı yavaşlayarak ve eğimi azalarak durdurulur. Dinlenme evresinde 6-8 dakika süreyle tansiyon ölçümü ve EKG (kalbin elektrik sinyalleri) kaydı alınır. İşlem sonrası alınan kayıtlar ilgili doktor tarafından değerlendirilerek bilgilendirme yapılır.

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

Test sonrasında duş alma ve dinlenme ihtiyacı olabileceğinden o gün ile ilgili işler buna göre ayarlanmalıdır. İşlem öncesinde kesilen ilaç varsa hangi dozda ve nasıl başlanacağı doktora danışılmalıdır.

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

Genel olarak güvenilir bir yöntemdir. Hastaların iyi sečilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması ile riskler son derece azalmıştır. Kalple ilgili istenmeyen etkiler kalp krizi, kalp yetmezliği, nabız düşüklüğu veya yüksekliği ile giden ritm bozuklukları, bayılma, tansiyon düşüklüğu veya ciddi şekilde yükselmesi ve ölümdür. Ölüm ve kalp krizi gibi en ciddi istenmeyen etkilerin görölme sıklığı binde birden düşüktür (1/2500).Kalple ilgili olmayan diğer istenmeyen etkiler kas-iskelet yaralanmaları, yumuşak doku hasarı, bař dönmesi, ciddi yorgunluktur.

YUKARIDA 2 SAYFADAN OLUşAN

“EGZERSİZ STRES TESTİ (EFOR TESTİ)

BILGILENDİRME 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 ŞARTTİR)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Kurum sicil no:

Tarih:.....

.....