



..... HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ
FİBRİNOLİTİK TEDAVİ (PIHTI ERİTİCİ TEDAVİ) 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 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 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:

.....

.....

Tel:

Adresi:

.....

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Tel:

Adresi:

.....

Tarih:



II- FİBRİROLİTİK TEDAVİ (PIHTI ERİTİCİ TEDAVİ) BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA):

Fibrinolitik (Pıhtı eritici) tedavi nedir?

Kalp krizi, kalbi besleyen koroner damarlardan birinin tıkanması ile oluşan kalp kası hasarıdır. Fibrinolitik tedavi (diğer adıyla trombolitik tedavi), kalp krizi geçiren hastalara kalbi besleyen damar içerisinde oluşan ve damarı tıkayan pıhtıyı eritmek amacıyla uygulanan bir tedavi şeklidir.

Fibrinolitik tedavi ile pıhtının eritilerek kalp damarlarındaki akımın tekrardan sağlanması, erken ve geç dönemde hastaya önemli faydalar sağlamaktadır. Özellikle kalp krizi şikayetlerinin başlamasından bu tedavinin uygulanmasına kadar geçen sürenin olabildiğince kısaltılması, kalp krizi tedavisinin en önemli amacını oluşturmaktadır. Zamanında uygulanan fibrinolitik tedavi ile kalp krizinden ölüm riski % 30 ila 50 oranında azaltılabilmektedir.

İşlem öncesinde nasıl bir hazırlık yapılacaktır ?

Tedavi öncesi koroner yoğun bakım ünitesine yatırılacaksınız.. Tedaviniz fibrinolitik tedavi konusunda deneyimli bir hekim veya hemşire tarafından uygulanacaktır. Doktorunuz sağlığınıza hakkında sorular soracak ve muayenenizi yapacaktır. EKG'niz çekilecek ve kan bulgularınızı değerlendirmek amacıyla kan örnekleri alınacaktır. Koroner yoğun bakımda yakından takip edileceksiniz. Kalp ritminizi devamlı gösteren monitörlere bağlanacaksınız ve almanız gereken diğer ilaçlar ağızdan veya damar yolundan uygulanacak.

Bu tedavi yöntemini uygulamak amacıyla sizin kolunuzda ikinci bir damar yolu açılabilir.

İşlem sırasında nelerle karşılaşılabilir ?

Bu tedavi yönteminin uygulanması oldukça basittir. Kullanılacak ilaç açılan damar yolundan, belirlenen ilaca bağlı olarak belirli sürelerde verilecektir. İşlem sırasında bilinciniz açık olacak ve yakından takip edileceksiniz.

İlaç uygulanırken ritim bozuklukları, göğüs ağrısında artma olabilir.

İşlem sırasında ve sonrasında EKG'leriniz çekilecek ve hemşireler kan basıncınızı ve kalp ritminizi yakından takip edeceklerdir.

Fibrinolitik tedavi sonrası kalp hastalığınızın durumu doktorunuz tarafından değerlendirilecek, tedavi ve izlem seçeneklerini sizinle paylaşacaktır.

İşlemin beklenen faydaları nelerdir?

Fibrinolitik tedavi kısa zaman içinde verilerek pıhtının erimesi sağlanabilirse, kalpte oluşacak yara (infarktüs) alanı küçük olur ve kalp işlevleri bozulmadan kalır veya çok az etkilenir.

Erken zamanda uygulanan bu tedavi yöntemi ile kalp krizi geçiren hastaların yaşam süreleri uzatılabilmektedir. Ayrıca ilaçla yapılan bu işlem sonucunda, göğüs ağrınızda veya hastaneye başvuru şikayetlerinizde azalma, ciddi kalp ritim bozukluklarının ve kalp durmasının önlenmesi beklenmektedir. Kalp damarlarının açılması daha iyi çalışmasına neden olacaktır.

Alternatif yöntemler nelerdir ?

Başlıca alternatif tedavi yöntemi, kalp anjiyografisi yaparak damarın mekanik olarak balonla açılmasıdır. Bu işlemi uygulamak zaman alabilmektedir. Özellikle gece bu konuda deneyimli ekibin hazırlanması zaman alabilir. Zaman kaybı tedavinin başarısını etkiler. Bu nedenle doktorunuz alternatif tedavi seçeneklerini de göz önünde bulundurarak en uygun tedavi yöntemini size açıklayacaktır.

İlaça bağlı oluşabilecek riskler nelerdir ?

Fibrinolitik tedaviye bağlı gelişebilen başlıca riskler ölüm, inme (felç), kanama ve allerjik reaksiyonlardır.

En ciddi risk tedavi sırasında veya sonrasında beyin kanamasına bağlı olarak hastanın felç geçirmesi (**inme**) veya bu kanamaya bağlı **ölüm**dür. Bu risk er yüzde birin altındadır. İnme riski hastanın yaşına, özelliklerine, mevcut diğer hastalıklarına (tansiyon yüksekliği, daha önce inme geçirmiş olma vb) bağlı değişebilir.

Kullanılan ilaç kuvvetli bir pıhtı eritici olduğundan hastada **kanamalar** oluşabilir. Hafif miktarda ciltte ve iğne giriş yerlerinde kanamalar sıktır. Ciddi, kan verilmesini gerektirecek kanamalar daha nadirdir. Ciddi kanamalar mide veya idrar yolundan veya başka bölgelerden olabilir.



Kullanılan ilaca bağılı olarak nadir de olsa tansiyon düşmesi, allerjik reaksiyonlar (binde bir altında), ateş, ritim bozuklukları görülebilir.

Size daha önceden fibrinolitik tedavi uygulanmış ise mutlaka belirtmeniz gerekmektedir. Belirli zaman aralıklarında aynı ilacın tekrar uygulanması önemli yan etkilere neden olabilir.

Çok nadiren yukarıda belirtilenlerin dışında da yan etkiler görülebilir.

İşlemin başarı oranı nedir?

Damarın fibrinolitik tedavi ile açılma oranı hastanın ne kadar erken başvurduğu, hastanın özellikleri ve kullanılan fibrinolitik ilaca göre değişmekle birlikte % 50-70 arasındadır.

YUKARIDA 2 SAYFADAN OLUŞAN “FİBRİROLİTİK TEDAVİ 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:

.....

.....

Tel:

Adresi:

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Tel:

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:

.....

.....

Tel:

Adresi:

.....

Tarih:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı-Soyadı:

İmzası:

.....

.....

Tel:

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:.....