

HEMODİYALİZ AMAÇLI OLUŞTURULAN A-V FİSTÜLLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dosya No:
Soyadı:
Adı:
Doğum tarihi:

ÖNERİLEN TEDAVİ

Doktorum bende (hastanın adı)....., kronik böbrek hastalığı olduğunu ve hemodiyalize girebilmem için atardamarımla toplar damarım arasında operasyonla bir bağlantı kurulmasının gerektiğini açıkladı.

Bu işlem kolda ya da bacakta atardamarlarla yüzeydeki toplar damarlar arasında bir bağlantı kurulması anlamına gelmektedir. Toplar damar direk atardamara bağlanabileceği gibi araya özel sentetik greftler de konabilir.

RİSKLER

Bunlar sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. Genel ya da özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.

- Genel anestezi kullanılırsa akciğerimde enfeksiyona yatkınlık yaratan küçük alanlarda çökmeler olabilir ve bu durumda fizyoterapi ve antibiyotik gerekebilir.
- Fistül açılma sırasında damarların ince ve yetersiz olması nedeni ile başarısız olabilir.
- Nadir olarak operasyonun yapıldığı uzvumda ameliyattan sonra şişme yada soğuma, morarma olabilir. Bu durumda yapılan füstülün ikinci bir operasyonla daraltılması yada kapatılması gerekebilir.
- Yaralarda kanama olabilir, bunlar için hafif baskı gerekebilir. Kanamanın durmaması halinde kan transfüzyonu ve yarayı tekrar açarak kontrol etmek gerekebilir.
- Nadiren kızarıklık, ağrı ve şişlikle seyreden yara enfeksiyonu olabilir ve antibiyotik kullanmam gerekebilir.
- Yapılan fistül zamanla kendiliğinden kapanabilir. Başka yerden yeni fistül açılması gerekebilir.
- Fistülün yapıldığı toplardamar zamanla aşırı genişleyebilir ve bunlara operasyonla mudehale etmek gerekebilir.

Eğer sigara içiyorsam, kronik akciğer rahatsızlığım varsa, şişmansam, şeker hastalığım, yüksek kan basıncı değerlerim varsa veya bilinen kalp rahatsızlığım varsa bu risklerin daha yüksek oranla oluşabileceğini anlıyorum.

BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerimle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonların olası olduğunu anlıyorum.

HASTANIN BEYANI

- Cerrahım bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek cerrahım tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum,
- Gerektiği takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum. **EVET** **HAYIR**
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin gördüğüm doktor tarafından yapılmayabileceğini, girişimin deneyimli bir doktor denetiminde halen eğitim görmekte olan başka bir doktor tarafından yapılabileceğini anladım.

Dosya No:
Soyadı:
Adı:
Doğum tarihi:

- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dokümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dokümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne yada keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.

Hastanın imzası

Tarih

Eğer hasta bir erişkinse ve onanı veremiyorsa hastayı getiren kişi tarafından bir vekâlet formu doldurulmalı ve imzalanmalıdır.

DOKTORUN BEYANI

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

Doktorun imzası

Doktorun Adı

Tarih

ŞAHİDİN BEYANI (Tercihen hasta yakını)-Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

Şahidin imzası

Tarih

Şahidin Adı
