

## ENDOVASKÜLER PROSEDÜRLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Hastanın;**

**Dosya No:**

**Adı:**

**Soyadı:**

**Doğum tarihi:**

---

### ÖNERİLEN TEDAVİ

Doktorum .....ve ekibi bende

....., ..... hastalığı olduğunu ve endovasküler yöntemle tedavinin mümkün olduğunu açıkladı.

---

Endovasküler tedavi genel yada bölgesel anestezi altında kasıktaki veya koldaki arter yoluyla girilerek ve büyük bir kesi yapmadan güçlü bir veya birkaç sentetik tüp veya pantolon şeklinde greft ile anevrizmatik arter segmentinin değiştirilmesi veya kullanılan özel balonlar ve stentlerle damardaki daralmanın açılması anlamına gelir.

Anevrizmalar için arter açılır ve daha önceden yapılmış ölçümlere göre hazırlanmış greft damar içerisinde yukarı doğru ilerletilir. Greftin yeri X-ışınları kullanılarak takip edilir. Doğru yere geldiğinde greft açılır. Greftin etrafındaki küçük kancalar grefti yerinde tutar. Eğer pantolon greft kullanılacaksa her iki kasık açılır ve greftin bir bacağı diğer taraftan ilerletilerek ana grefte tutturulur. Kan akımı kontrol edilir ve arteryel delikler kapatılır. Kasıktaki yara yerlerine sıvı birikimini engellemek amaçlı geçici drenler yerleştirilebilir, daha sonra yaralar kapatılır.

Damarlardaki tıkanıklıkları ve daralmaları gidermek için ise uygun bölgeden herhangi bir kesi yapmadan damara girilir. Darlığın yada tıkanıklığın olduğu bölgeye cerrahın seçeceği balon ve veya stent X-ışınları kullanılarak ilerletilir ve damar çapı normale getirilmeye çalışılır. Kontrol angiografisi sonrası işleme son verilir.

---

### RİSKLER

Bu açıklamaların amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, ameliyatınız ve riskleri ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir şekilde aydınlatmaktır.

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

Kullanılan anestezi ilaçlardan herhangi biriyle ilgili yan etkilerle karşılaşabilirsiniz. Sık karşılaşılanlar başdönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Endovasküler prosedürlerin aşağıdaki genel risk ve kısıtlamalara sebep olabilir:

- Yaralar enfekte olabilir, kızarıklık, ağrı ve şişlik oluşabilir ve antibiyotiklere ihtiyaç olabilir.
- Üriner (idrar yolları) enfeksiyon oluşabilir ve bu sebeple antibiyotik gerekebilir.
- Genel anestezi kullanılırsa akciğerlerin küçük kısımları kapanabilir, bu sizi akciğer enfeksiyonuna yatkın hale getirebilir, fizyoterapi ve antibiyotik ihtiyacı olabilir.
- Bacağınızda şişlik ve ağrı ile giden bir pıhtı oluşumu (derin ven trombozu) meydana gelebilir. Bu pıhtıdan bir parça koparsa akciğerlere gidebilir (pulmoner emboli) ve nefes darlığına yol açabilir. Bu nadiren ölümcül olabilir.

- Kalbinizdeki zorlanmaya bağlı olarak kalp krizi geçirebilirsiniz.
- İnme geçirebilirsiniz.
- Çok küçük bir olasılıkla ameliyatta hayatınızı kaybedebilirsiniz.
- Teknik nedenlerden dolayı prosedür açık ameliyata dönebilir.
- Nadiren greft/stent içerisindeki kan işlemiden sonra pıhtılaşabilir ve daha başka tedavilere ihtiyaç duyulabilir.
- Kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulacak kadar kan kaybedebilirsiniz.
- Kasıkta kan birikimi olabilir. Bu zamanla emilebilir, ancak nadiren yeni bir ameliyata ihtiyaç duyulabilir.
- Ameliyat başarılı geçse de altta yatan hastalık (damar sertliği/ateroskleroz) ilerleyebilir, koyulan stent içinde darlık olabilir ve gelecekte Őikayetler tekrar ortaya çıkabilir.
- Eğer arter içerisindeki hastalıklı doku ameliyat sırasında yerinden oynarsa , ayakta küçük l doku alanları meydana gelebilir, organlarda dolaşım bozukluğu ve buna bağlı fonksiyon kaybı gelişebilir, hayati tehlike oluşabilir. Özellikle bağırsaklarda gelişen dolaşım bozukluğu nedeni ile tekrar ameliyat gerekebilir.
- Greftin etrafında anevrizmanın büyümesine devam etmesine izin verecek kan kaçağı (endoleak) oluşabilir. Bu ek minimal girişimsel yada açık cerrahi tedavi gerektirebilir.
- Greft yerinden oynayabilir. Greftin düzenli takip edilmesine ve eğer greftin yeri değişirse, greft tıkanırsa yada anevrizmada kaçak oluşursa yeni cerrahi girişimlere ihtiyaç duyulabilir.
- Orjinal anevrizma patlayabilir ve acil cerrahi müdahale gerekebilir.
- Prosedür nispeten yeni olduğundan, halen bilinmeyen uzun dönem komplikasyonları gelişebilir.
- İşlem sırasında kullanılan kontrast maddeye karşı alerji gelişebilir, böbreklerde hasar oluşabilir. Kalıcı yada geçici olarak diyalize ihtiyaç duyulabilir.
- Daha önceden bilinmeyen yeni bir yan etki dahi ortaya çıkabilir.
- Eğer sigara içiyorsanız, kronik akciğer rahatsızlığınız varsa, Őiřmansanız, Őeker hastalığı, yüksek kan basıncı değerleri varsa veya bilinen kalp rahatsızlığı varsa bu riskler daha yüksek oranla oluşabilir.

### **BİREYSEL RİSKLER**

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel zelliklerinizle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonlar oluşabilir;

.....  
 .....  
 .....

---

### **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.

- Ameliyatım esnasında ve sonrasında, hastalığımın tedavisi için gerekli olan çağdaş tıbbın kabul ettiği her türlü ilaç, serum, aşı yada mekanik veya biyolojik protezler ile benzeri diğer tüm uygulamaları kabul ediyorum.
- Gerektiği takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum.
- 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 görüştüğüm doktor.....'ın ekibi tarafından yapılmasını kabul ediyorum.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dökümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dökümanlarda 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.
- Toplam 4(dört) sayfadan oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım.
- Bu kadar gerekliliğine rağmen ameliyata ait gelişebilecek bütün istenmeyen durumlar (komplikasyonlar) ve her türlü doku yada organıma ait gelişebilecek kayıp (sakat kalım) ve hatta ölüm riskleri bana tek tek izah edildi.

**HASTANIN ADI**

**TARİH**

**HASTANIN İMZASI**

**VEKALET VEREN KİŞİNİN BEYANI**

(HASTA ONAM VERMEYE UYGUN DEĞİL İSE)

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi, sonuçları ve riskleri hakkındaki gerekli açıklamaları okudum ve anladım.
- Hastam onam vermeye uygun durumda olmadığından ameliyatın yapılmasını vekaleten kabul ediyorum.

**VEKALET VEREN KİŞİNİN ADI**

**TARİH**

**İMZASI**

**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 ADI**

**TARİH**

**DOKTORUN İMZASI**

---

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

**ŞAHİDİN ADI-****TARİH****ŞAHİDİN İMZASI**