



PERKÜTAN BÖBREK KİSTİ ASPİRASYONU



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/233	10.10.2019	-	-	Sayfa 1 / 3

Hastanın Barkodu:

Sayın hastamız, lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınıza ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, "Hasta bilgilendirme ve rıza belgesini geri çekme tutanağı" düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

Aşağıda imzası olan bana:

- Doktorum tarafından yapılması istenilen işlemin Perkütan kist aspirasyonu olduğu,
- Bu işlemin, ciltten içeri ilerleyerek böbrekteki kiste iğne ile girilmesi ve kist içeriğinin boşaltılması olduğu,
- Bu işlemin beklenen komplikasyon ve sağlığım açısından neden olabileceği risklerin şunlar olduğu;
 - İdrar kaçağı ve bunun sonucunda meydana gelebilecek abse,
 - Kanama,
 - Lokal anesteziye rağmen böbrek içerisindeki tel-kateter hareketlerinde ağrı,
 - Böbrek bozukluğu ve harabiyet gelişebileceği,
 - Kateter giriş yerlerinde kanama, iltihaplanma gelişebileceği,
 - Gelişebilecek sepsis denilen hayati tehdit yaratabilecek klinik durum
 - İşlem sonrası gelişebilecek idrar yolu enfeksiyonu,
 - İşlem anında oluşabilecek ağrı
 - İşlem sonrası tansiyon düşüklüğü ya da bayılma,
 - Anesteziye bağlı komplikasyonlar (ölüm dâhil),
 - İşlem öncesi verilen antibiyotiklere bağlı allerjik reaksiyondan ölüme kadar varabilecek tüm yan etkiler, açık bir dille anlatıldı ve ben de bana anlatılan bu bilgileri anladım.

Hastalığımla ilgili olarak doktorumun bana önerdiği yöntemin adı, Perkütan kist aspirasyonu.

Önerilen tedavi yöntemi hastalığımla ilgili olarak şahsıma şu biçimde uygulanacaktır: Lokal anestezi altında.

Önerilen yöntemin süresi şu biçimdedir: Yaklaşık 30 dakika

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



PERKÜTAN BÖBREK KİSTİ ASPİRASYONU



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/233	10.10.2019	-	-	Sayfa 2 / 3

- Doktorumca tarafıma açıklanan tüm bilgileri anlamış ve gerekli gördüğüm tüm konularda aydınlatılmış olarak doktorumun hastalığım ile ilgili olarak bana önermiş olduğu tedavi yönteminin şahsıma uygulanmasına ve bu esnada tıbben gerekli görüldüğü takdirde şahsım ile ilgili ek girişimlerde bulunulmasına, rıza gösteriyorum.
- Hastalığımın tedavisi için önerilen ve tarafımda kabul edilen tıbbi girişim ve tedavi yöntemi icra edilirken uygun görülecek anestezi yönteminin uygulanmasına, rıza gösteriyorum.
- Şahsıma uygulanacak tıbbi girişim ve tedavi sırasında tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmak üzere fotoğraf çekilmesi ve/veya video kaydı yapılmasına, kimliğimin gizli tutulması koşulu ile rıza gösteriyorum.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:

Sağlık mevzuatı gereği bir bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konu ve sosyal güvenceniz kapsamında resmi ve özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Hastanemizde 24 saat sağlık hizmeti sunulmakta olup gerektiğinde bizzat hastanemize başvurabilirsiniz.

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



PERKÜTAN BÖBREK KİSTİ ASPİRASYONU



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/233	10.10.2019	-	-	Sayfa 3 / 3

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişimden önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Aşağıdaki kutu içine kendi el yazınızla:

“Okudum, anladım, kabul ediyorum, bir nüshasını elden teslim aldım.”
yazınız...

Hastanın Adı-Soyadı ile imzası :

Hastanın 1. Velisi/Yasal Vasisinin Adı-Soyadı ile imzası :

Hastanın 2. Velisi/Yasal Vasisinin Adı-Soyadı ile imzası :

Tarih:/...../..... Saat:.....

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR