

KEMİK İLİĞİ ASPIRASYON ve BİYOPSİ İŞLEMİ İÇİN HASTA ONAM FORMU

Hasta Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı :.....

Doğum tarihi:.....

Cinsiyet:.....

Hasta protokol numarası:.....

Hastanın iletişime ilişkin özel durumu: ☐ Yok ☐ Var (açıklayınız)

.....

Tanı/Ön Tanı:.....

Genel Bilgiler

Hematolojik hastalıkların ayırıcı tanısında gerekli durumlarda kan hücrelerinin asıl üretim yeri olan kemik iliğinin incelenmesi gerekebilir. Kemik iliğinde bulunan kan hücrelerinin ve ilik dokusunun incelenmesi kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi adı verilen, sıklıkla eşzamanlı uygulanan işlemler yardımıyla yapılır. Kemik iliği aspirasyonu adı verilen işlemde özel bir kemik iliği iğnesi ile ilik boşluğuna girilerek kemik iliği içinde bulunan hücrelerden örnek alınır. Kemik iliği biyopsisinde ise yine bu işlem için dizayn edilmiş özel bir iğne yardımıyla kemik iliği dokusundan 1–2 cm boyutunda bir parça alınır. Biyopsi ve aspirasyon işlemleri kan ve lenf dokusu hastalıklarının tanısı haricinde hastalığın prognozunun ve tedaviye yanıtının tahmininde, bazı olgularda tedavi şeklinin belirlenmesi ve sonrasında tedavi yanıtının değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Sayılan nedenlerle hastaya birden fazla aspirasyon/biyopsisi işlemi uygulanması gerekebilir. Kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu steril koşullarda, lokal anestezi uygulandıktan sonra yapılır. Kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu sıklıkla kalça kemiğinin arka bölümünden yapılır. Yüzükoyun yatması mümkün olmayan, aşırı kiloları nedeniyle kalça kemiği işlemi yapacak doktor tarafından kolay hissedilemeyen veya yağ dokusunun kalınlığı nedeniyle lokal anestezi uygulanmasında sıkıntı yaşanan bazı hastalarda kemik iliği aspirasyon işlemi sternum adı verilen göğüs ön duvarında yer alan kemikten yapılabilir.

Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi işlemlerinde çoğu olguda iğnenin girdiği bölgede lokalize olan ve sıklıkla basit ağrı kesiciler ile kolaylıkla kontrol altına alınabilen ağrı dışında sorun yaşanmaz. Bazı hastalarda hipotansiyon (tansiyon düşüklüğü) baş dönmesi, halsizlik görülebilmektedir. Ancak çok nadiren yumuşak doku kanamaları, sinir zedelenmeleri, kemik kırıkları, yumuşak doku ve kemik enfeksiyonları, anesteziye bağlı bazen hayatı tehdit edebilen ciddi alerjik reaksiyonlar görülebilir. Çok nadir de olsa iğnenin kırılması gibi komplikasyonlar ya da ciddi kanama da görülebilir. Ayrıca çok nadiren işleme bağlı gelişen komplikasyonlardan veya sekonder nedenlerden dolayı ölüm görülebilir.

Öte yandan aspirasyon için sternum kemiğinin kullanılması gereken olgularda komplikasyon riski artmaktadır. Sternum kemiğinin arkasında kalp ve kalp ile ilişkili büyük damarlar bulunur. Özellikle yaşlı olgularda sternum kemiğinin kalınlığı 3–4 minimetreye kadar inebilir ve kemik yapısı kemik erimesi nedeniyle normalden daha zayıf olabilir. Bu nedenle sternal aspirasyon gereken olgularda biyopsi iğnesinin kalp ve büyük damarlara zarar vermesi riski bulunmaktadır. Sayılan komplikasyonların gerçekleşmesi halinde acil cerrahi girişim gerekliliği belirebilir ve çok nadir olmakla birlikte hasta kaybedilebilir.

Hasta (siz) istediği an tüm sorumluluğu kendine ait olmak üzere biyopsi ve aspirasyon işlemlerinden vazgeçme hakkına sahiptir. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi ilgili işlem ve risklerle ilgili bilgilendirilmiş onayınız alındıktan sonra uygulanacaktır.

Önerilen İşlem veya Tedavi

- ☐Kemik iliği aspirasyonu
- ☐Kemik iliği biyopsisi
- ☐Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi

Çevirmenin beyanı (gerekliyse)

Ben işlem ile ilgili bilgiyi yapabileceğim en iyi şekilde çevirdim ve hastanın anlattıklarını anlayabildiğine inanıyorum.

Çevirmenin kimliği ve imzası:

Tarih:.....

Hastanın Beyanı

Bu koşullarda;

1. Tarafıma uygulanması planlanan tıbbi ya da cerrahi müdahalelerin Dr. tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.
2. Tanı, tedaviye yanıt, hastalığının prognozu hakkında bilgi edinilmesi için gereken kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisinin getirdiği risklerin farkındayım. Tüm komplikasyon ve risklerini anlamış olarak sayılan işlemlerin yapılmasını kabul ediyorum. Doktorlarımı kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisinin yapılması konusunda yetkilendiriyorum.
3. Tedavimin bir eğitim hastanesinde gerçekleştirildiğinin farkındayım. Bu nedenle, girişimin / tedavinin, öğretimden sorumlu bir hekim (Klinik Şefi, Uzman doktor) gözetim ve sorumluluğunda, asistan / araştırma görevlisi doktorlar tarafından da uygulanabileceğini; ama her koşulda girişimi gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyimde olacağını, kabul ediyorum.
4. Adım saklı kalmak ve tıp etiğine aykırı olmamak koşulu ile hastalığım ile ilgili tüm verilerin bilimsel araştırmalar ve yayınlar amacı ile kullanılmasına izin veriyorum.
5. Tıbbi nedenlerle kendim ile ilgili kararları sağlıklı olarak veremeyecek durumda olmam halinde aşağıda ismi ve söz konusu koşullarda karar verme sorumluluğunu aldığına dair imzası bulunan kişinin kendi adıma tam yetkili olduğunu beyan ederim.

Özel koşullarda yetkili kişi:

İmza:

6. Ben gerekli işlemlerin bir klinik şefi veya uzman doktor tarafından uygulanacağını garanti edilemeyeceğini, ancak işlemleri gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyime sahip olacağını anlıyor ve kabul ediyorum.
7. İşlem sırasında tedavimin bir parçası olarak vücudumdan çıkarılacak herhangi bir dokunun (kan dahil), tanı ve denetleme için kullanılabileceğini, gerekli görüldüğünde uygun, etik, yasal ve profesyonel standartlar ile belirlenen bir şekilde saklanabileceği veya yok edilebileceğini kabul ediyorum.
8. Tedavim için gereken işlemleri hiçbir baskı altında kalmadan, bilgilendirilmiş ve bilinçli olarak kabul ediyorum.
9. Görsel belgeleme ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi amacı ile fotoğraf çekimini kabul ediyorum.

12-50 yaş arasındaki bayan hastalar lütfen aşağıdaki beyanları okuyunuz!

- ☐ Ben hamile olmadığımı teyit ediyorum
- ☐ Tedavim boyunca hamile kalmaktan kaçınmam gerektiğini anladım.
- ☐ Hamile kalabileceğimi düşünürsem beni tedavi eden sağlık personelinin bilgilendireceğim.

Yukarıdaki metni (tümü üç sayfa) tam olarak okudum ve anladım. Ayrıca merak ettiğim konuları ilgililerden sorarak öğrendim. Hastalığım ve tedavisi ile oluşabilecek yarar, yan etki ve riskleri öğrendim.

Tarih:

Saat:

Hasta:

İmza:

Yasal veli(gereğinde):

İmza:

TARİH :...../...../..... SAAT:.....

ADI SOYADI

İMZA

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN DOKTOR :.....

**BİLGİLENDİRME YAPILAN VE
FORMU TESLİM ALAN HASTA /
HASTA YAKINI :.....**

.....
(Yukarıdaki boşluğa Hasta, el yazısı ile Okudum Anladım, Kabul Ediyorum ve Bir Nüshasını elden aldım yazmalıdır.)

***Hastanın yakını: Bilinci kapalı veya yapılacak işlemi anlayacak durumda değilse vekili, Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.**