

LOMBER PONKSİYON ve İNTRATEKAL KEMOTERAPİ 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

1.YAPILACAK İŞLEM

Omurilik ve beynin çevresinde bunları kaplayan zarların altında beyni ve omuriliği çevreleyip dış darbelerden koruyan berrak beyin-omurilik sıvısı (BOS) dolaşır. Tanısal ve /veya tedavi amaçlı olarak özel iğnelerle hastanın bel kısmından girilip omuriliği kaplayan zarların geçilerek beyin-omurilik sıvısına ulaşılması işlemine lomber ponksiyon (LP) denir.

LP; menenjit ve diğer infektif / inflamatuvar hastalıkların tanısı için, subaraknoid kanama tanısı için, beyin omurilik sıvısı basıncını ölçmek ve tedavi amaçlı düşürmek için, intratekal ilaç veya radyokontrast madde vermek için ve diğer bazı nörolojik hastalıkların tanısına katkı sağlamak için yapılabilir.

Lösemi ve lenfoma gibi bazı kanser türlerinin tedavisinde belli aralıklarla lomber ponksiyon yapılarak hem beyin-omurilik sıvısı incelenir hem de bu sıvının dolaştığı boşluğa kemoterapi ilaçları verilir. Böylece beyin ve/veya omuriliğe yayılmış veya yayılma olasılığı olan hastalığın tedavisi yapılır. Bu şekildeki tedavi işlemine intratekal tedavi/kemoterapi denir. BOS örneği alınarak sıvıda tümör hücrelerinin olup olmadığı görülür.

Lomber ponksiyon yapılmazsa yukarıda bahsedilen amaçlara ulaşamayacak olup günümüzde bu girişimin yerini tutacak ve aynı amaçlara hizmet edecek alternatif yöntem bulunmamaktadır.

2.İŞLEMİN UYGULANIŞI

LP yapılmadan önce ve işlem sonrasında kan basıncınız ve nabzınız kontrol edilecektir. İşlem öncesi sizden sırtınızı işlemi yapacak kişiye dönük olacak şekilde, doktorunuzun önereceği pozisyonda yatmanız ve işlem boyunca hareket etmemeniz istenir. İşlem oturur pozisyonda da yapılabilir. İşlemin yapılacağı bölgenin steril olması sağlandıktan sonra bel omurlarının arasından özel bir iğne ile girilir. İğne yavaşça ilerletilip uygun bölgeye gelindiğinden emin olunca BOS uygun görülen miktarda tüplere alınır. Intratekal tedavi için gerekli kemoterapötik ilaçlar uygulanır ve iğne çıkarılır. İşlem bölgesi steril bir bezle kapatılıp bantlanır. İşlem sonrası yaklaşık 2 saat yastıksız sırt üstü veya yüzükoyun yatmanız gerekir. İşlem sonrası yatakta yeterince dinlenilmemesi halinde baş ağrısı olabilir.

3.İŞLEMİN YAPILMASININ SAKINCALI OLDUĞU DURUMLAR

(a) Kafa içi kitle şüphesinde LP yapılmaz, çünkü ölümcül olabilen herniasyona neden olabilir. Kafa içi kitle şüphesi varlığında LP öncesi klinik değerlendirme, göz dibi incelemesi ve gerekli durumlarda baş bölgesi bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans ile görüntülenebilir.

(b) Girişim bölgesinde enfeksiyon varlığında LP yapılmaz.

(c)Antikoagulan tedavi alımı, trombosit sayılarının düşük olduğu durumlarda veya trombosit fonksiyon bozukluğu varlığında kanama olabileceğinden LP yapılmaz.

(d) Omurilikte kitle varlığı şüphesinde LP yapılmaz.

4. İŞLEMİN RİSKLERİ

İşlem sırasında ve sonrasında yaşınıza ve mevcut sağlık durumunuza bağlı olarak aşağıdaki bazı riskler ve istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir:

- (a) Girişin olduğu yerde ağrı veya enfeksiyona bağlı kızarıklık oluşabilir.
- (b) Baş ağrısı görülebilir, şiddetli olduğunda bulantı, kusma, kulak çınlaması ve ense sertliği eşlik edebilir.
- (c) Nadiren, kranial sinir felçleri ve çift görme görülebilir
- (d) Nadiren LP sonrası disk mesafesinde enfeksiyon ve beyin zarında iltihaplanma görülebilir.
- (e) İşlem nadiren de olsa başarılı olmayabilir ve tamamlanamayabilir.
- (f) Beyin içindeki bir bölümün kayması (**fıtıklaşması**),sinir kökü basısı ve omurilik kesisi olabilir. Bu durumda hastanın bilinci bozulabilir ya da solunumu durabilir.
- (g) Omuriliği saran zarlar arasında kan toplanması olabilir. Bu kan omuriliğe baskı yapabilir ya da beyin dokusuna yayılabilir.
- (h) Sinir kökü veya omurilik harabiyeti olabilir. Bu da bel ağrısı ya da kas zaafına yol açabilir.
- (i) İşlemden sonra hafif baş dönmesi olabileceği için 24 saat süreyle taşıt ve iş makinesi kullanmamanız iyi olacaktır.
- (j) Diğer nadir komplikasyonlar:
 - o Bayılma
 - o Kalp ritim bozukluğu veya hipotansiyon (tansiyonda düşme)
 - o Subaraknoid kist

Bu durumlar ek tedaviyi gerektirebilir (örneğin baş ağrısı için istirahat etmeniz ve ilave sıvı almanız gerekebilir. Çok seyrek de olsa işlem tekrarlanarak bu yolla ilave tedavi veya başarılı olunamazsa belinize cerrahi işlem gerekebilir) ve bazen zamanında ve uygun tedaviye rağmen geri dönmeyebilir ya da çok nadiren ölümle sonuçlanabilir.

Çevirmenin beyanı (gerekiyorsa)

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. Tarfıma uygulanması planlanan tıbbi ya da cerrahi müdahalelerin Dr. tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum
2. Oluşabilecek istenmeyen durumlar ve olası riskler konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim. İşlemin olası yan etki ve komplikasyonlarını ayrıntıları ile anlamış olarak yukarıda belirtilen tedavi yöntemlerinin uygulanmasını kabul ediyorum. Doktorlarımı tedavim 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. Adım saklı kalmak ve tıp etiğine aykırı olmamak koşulu ile hastalığım ile ilgili tüm verilerin bilimsel araştırmalar ve yayınlar amacı ile kullanılmasına izin veriyorum.
4. 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.
- 5.

Özel koşullarda yetkili kişi:

İmza:

6. Ben gerekli işlemleri gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyime sahip olacağını anlıyor ve kabul ediyorum.
7. İşlem sırasında tedavimin bir parçası olarak vücudumdan çıkarılacak herhangi bir dokunun ve/veya sıvının (kan dâhil), tanı ve denetleme için kullanılabileceğini, gerekli görüldüğünde uygun, etik,

yasal ve profesyonel standartlar ile belirlenen bir şekilde saklanabileceği veya yok edilebileceğini kabul ediyorum.

8. Tanım ve tedavim için ihtiyaç duyulmayan dokunun (kan dâhil), diğer hastaların yararına olabilecek amaçlar için kullanılabileceğini kabul ediyorum
9. 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.
10. Görsel belgeleme ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi amacı ile fotoğraf çekimini kabul ediyorum.
11. Tedavim için gereken işlemleri hiçbir baskı altında kalmadan, bilgilendirilmiş ve bilinçli olarak 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.

TARİH:

SAAT:

HASTA:

İMZA:.....

YASAL VELİ(GEREĞİNDE):.....

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.**