

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan işlemin “nasıl?”, “neden?” gerçekleştirilmek istendiğinin, bu “işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği”, “işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği”, bu işlemin “alternatifinin olup olmadığı” konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

1. İşlemden beklenen faydalar

Müzmin, ilerleyici akciğer hastalıklarında nefes darlığını azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, hastalığın ilerlemesini engellemek ve sık hastane başvurularını azaltmak amacı ile akciğer rehabilitasyonu tedavisi uygulanmaktadır. Pulmoner rehabilitasyon, nefes darlığı hissini azaltacak; nefes kaslarınızı, kol ve bacak kaslarınızı kuvvetlendirecek bir tedavi yöntemidir. Hastalık nedeniyle yapamadığınız birçok fiziksel aktiviteyi yapabilir olmanızı sağlayacaktır. Akciğer hastalığı nedeniyle sık hastane başvurularını, hastane yatışlarını azaltacaktır.

Programa başlamadan önce hekim tarafından yapılan muayeneye ek olarak solunum terapisti ile görüşmeler olacaktır. Fiziksel aktivite anketleri ile birlikte nefes darlığı ölçütleri, anksiyete ve depresyon anketi, yaşam kalitesini değerlendirmeye yarayacak testler doldurulacaktır. 6 dakika yürüyüş testi, kalp akciğer egzersiz testi uygulanacak ve bu testler programın sonunda tekrar edilebilecektir. Kişiyeye göre uygun görülen aerobik egzersizler, bisiklet, yürüyüş bandı, solunum ve gevşeme egzersizleri, eğitimsel aktiviteler uygulanacaktır. Kronik akciğer hastalığının içyüzünü kavramaya yönelik bilgiler verilecektir.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Bu işlemin uygulanmaması durumunda, müzmin akciğer hastalığının ilerlemesi, nefes kaslarının zayıflaması, nefes darlığının artması, sık hastane başvuruları ve yatışları, akciğer hastalığı nedeniyle günlük işleri yapmada zorlanmalar görülebilir.

3. Varsa işlemin alternatifleri

Pulmoner rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları Kliniği Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi'nde yüz yüze olarak uygulanmaktadır. Hastaların 8 hafta boyunca haftada 2 gün kliniğe gelmeleri gerekmektedir. Çeşitli sebeplerden dolayı gelemecek veya yüz yüze rehabilitasyon yapamayacak olan hastalar için çevrimiçi olarak internet aracılığı ile katılabilecekleri akciğer tele-rehabilitasyonu programı alternatifi bulunmaktadır.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

İşlem sırasında baş dönmesi, ciddi nefes darlığı gelişebilir. Kan basıncında, kan oksijen düzeyinde ve kalp hızında belirgin değişiklikler olabilir. Bu değişikliklere bağlı bayılma, düşme, solunum sıkışıklığı gibi komplikasyonlarla karşılaşılabılır.

5. İşlemin tahmini süresi

Pulmoner rehabilitasyon konusunda deneyimli bir solunum terapisti ve göğüs hastalıkları hekimi işbirliği ile 8 hafta boyunca haftada 2 gün, her seans yaklaşık 1,5 saat sürecek şekilde uygulanır.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Bu işlem sırasında herhangi bir ilaç uygulanmayacaktır. Bu programa başlarken egzersiz öncesi ve sonrasında kan basıncı, nabız ve oksijenlenme durumu kontrol edilecektir. Program sırasında baş dönmesi, ciddi nefes darlığı, kan basıncında ve kalp hızında değişiklikler olabilir. Bu durumda solunum terapisti egzersizi sonlandırabilecektir.

7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Program 8 hafta sürmektedir. En iyi şekilde yarar görmek için düzenli katılım önemlidir. Hekimin ve solunum terapistinin önerileri doğrultusunda katılım sağlanmalıdır.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntılı olarak anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı :
Tarih-Saat : ___/___/____ ___/___
İmza :

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat : ___/___/____ ___/___