

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 etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

### 1. İşlemden beklenen faydalar

Solunum yetmezliği tedavisi için solunum yoluna tüp yerleştirilmeden yüz veya burun maskesi kullanılarak, cihazlar yardımıyla basınçlı oksijen göndererek solunuma destek olunması işlemidir. Hastanın kendi solunumunun organların oksijen ihtiyacını karşılayamadığı (kronik akciğer hastalığı, kalp yetmezliği vs.) gibi durumlarda hastanın solunumuna yardımcı olmak için yapılır.

Bu işlem, solunum yükünüzü azaltarak, kendi spontan (kendiliğinden olan) solunumunuzun rahatlamasını sağlayacaktır.

### 2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Bu işlemin yapılmaması halinde, solunum sıkıntısında ağırlaşmaya bağlı solunum durması veya kalp durması gibi hayatı tehdit eden durumlar görülebilir.

### 3. Varsa işlemin alternatifleri

İnvaziv olmayan mekanik ventilasyonun yetersiz kaldığı durumlarda ya da kullanımını engelleyen koşullarda alternatif olarak hastanız uyutularak soluk borusuna tüp yerleştirme işlemi yapılabilir.

### 4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

- Kullanılan cihazın uyguladığı basınca bağlı akciğer yaprakları arasına hava kaçağı ve hava birikimi olabilir. Bu durumda göğüs tüpü takmak gerekebilir ki bu işlem için de tekrar onam vermeniz gerekebilir.
- Kusmaya bağlı mide içeriğinin hava yollarına kaçması ile akciğerde zatürre oluşabilir.

Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararın(ız)a olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiğini düşünmektedir.

### 5. İşlemin tahmini süresi

Bu işlem konusunda deneyimli bir hekim tarafından monitörlü birimde yapılacaktır. İşlem yaklaşık 30 dakikalık döngüler halinde solunumunuzun rahatlamasına göre birden çok kez tekrarlanabilir.

### 6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

- Kullanılan maskeye bağlı burunda tıkanıklık, kulak ağrısı, ağız / burun kuruluğu, gözlerde etkilenme, yüzde bası yarısı nadiren oluşabilir.
- Hava yutmaya bağlı karında şişkinlik hissi olabilir.

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

Bu işlem konusunda deneyimli bir hekim tarafından monitörlü birimde yapılacaktır. İşlem yaklaşık 30 dakikalık döngüler halinde solunumunuzun rahatlamasına göre birden çok kez tekrarlanabilir. Bazı hallerde sakalların kesilmesi gerekebilir.

- 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 ayrıntıları ile 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 :  
Yakınlık Derecesi:

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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_