

HD.UY.RB.02

27.06.2018

Revizyon No

Revizyon tarihi

1/1

AYDINLATMA

Değerli hastamız, polisomnografik incelemeniz için yatırıldığınız tüm gece boyunca uykunuz, uyku sırasındaki yatış işlemleriniz, bacak veya vücut hareketleriniz, nabzınız, kalp elektrotlarınız, tüm tetkik süresince kandaki oksijen düzeyleriniz incelenecek, horlamanın, uykuda nefes durmasının, uykuda bacak hareketlerinizin, istemsiz beden hareketlerinin ya da epileptik nöbetlerin olup olmadığı, araştırılacaktır. Bu aşamada gece beyin aktivitenizi izleyebilmek adına, başınıza saçlı deri üzerine elektrotlar yapıştırılacaktır. Yapıştırma işlemi için önce uygun deri bölgesi jel ile temizlenecek, ardından elektrotlar özel yapıştırıcı (collodium) ve saç kurutma makinesi yardımı ile yapıştırılacaktır. Göz hareketlerinizi takip etmek için alın ve şakak bölgenize, çene hareketlerinizi izlemek için çene bölgenize ve bacak hareketlerinizi takip etmek amacıyla da bacak/ayak bileği bölgesine elektrotlar yerleştirilecektir. Gece boyunca kalp ritminizin kaydedilmesi amacıyla göğüs kafesine elektrokardiyografi (EKG) elektrotları yerleştirilecektir. Gece nefes azalması ya da durmasını gözlemleyebilmek amacıyla, göğüs kafesi ve karın bölgenizden geçen kemerler takılacak, burundan hava akımını ölçen küçük bir alet burun deliklerinizin önüne yerleştirilecektir. Eş zamanlı olarak yine tüm tetkik süresince video-monitorizasyon yapılacak ve bu teknik ile hem elektriksel hem de klinik olaylar depolanacak, gerektiğinde tekrar yeniden değerlendirilebilecektir.

Bu tetkik ile uykunuz değerlendirilmiş ve bir uyku hastalığınız var ise bu hastalığın tanı ve tedavi olanakları sizinle paylaşılacaktır. Tetkik sonrası size yapılmış tetkik ile ilgili detaylı bir rapor tanzim edilip verilecektir. Uyku hijyeni, ilaç tedavisi, eşlik eden diğer hastalıkların tanı ve tedavileri, solunum cihazları (CPAP veya BPAP) veya cerrahi operasyon yaklaşımlarından sizin için uygun olanına karar verilecek ve bu karar sizin bilginize sunulacaktır.

Tedaviniz solunum cihazları (CPAP veya BPAP) ile yapılacaktır; burnunuza (gerektiğinde burun ve ağıza) takılan bir maske ile basınçlı hava verilerek sizin tedaviniz için gerekli basınç ayarı yapılacaktır. Bu maske bir hortum ile baş ucunuzda duracak bir kompresör görevi gören makineye bağlıdır. Bu alet, oda havasını solunum yollarınızı açıkta tutmayı sağlayacak basıncı gerektiğinde artırarak verir. Ek olarak oksijen içermez ve hava akciğerlerinize gitmez, kan basıncını arttırmaz. Bu aletin sağladığı basınç ile uykuda açık kalması sağlanan solunum yollarından siz kendiniz rahatça nefes alıp verirsiniz. Tetkik süresince size gereken uygun basıncın ayarı yapılır.

Bu kayıtların bir kısmı bilimsel ve eğitim amacıyla sadece bilimsel oturumlarda (ders, toplantı, vb.) kullanılabilir.

Bu form ile hastanemiz Nöroloji Anabilim Dalı, Epilepsi ve Uyku Bozuklukları Birimine (hekimler, teknisyenler, hemşireler)

3. Hastalığınız hakkında bilgi edinilmesi ve/veya tanı konulması tedavinizin planlanması amaçları ile uzun süreli video monitorizasyon eşliğinde polisomnografik tetkikin yapılmasına

4. Buradaki kayıtların isminiz ve kimliğiniz saklanmak koşulu ile eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kullanılmasına izin vermiş oluyorsunuz.

Sonuç :

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın girişimi/tedaviyi kabul ettiğimizi ve girişim/tedavi ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve ameliyat işlemine onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Yapılacak olan girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih:/...../20.....

Saat:

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)