
 <b>ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ</b>	<b>AMNİYOSENTEZ BİLGİLENDİRME ve HASTA ONAM FORMU</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.11	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 3

**Hastanın Ad-Soyadı:**

**Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin veya Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin**

Adı-Soyadı: ..... Tel. No: .....

**SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ**



- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Bu formun **HER SAYFASININ** siz veya veli/vasi tarafından imzalanması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR.**

**HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ, İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Bebeğinizin içinde bulunduğu sıvıdan örnek alınmasıdır. Bu sıvı içindeki hücrelerden ya da sıvının içindeki kimyasal maddelerden faydalanılarak bebeğinizin bazı hastalıkları araştırılır. 15-21 gebelik haftaları arasında yapılır. Ama tıbbi gereklilik halinde daha ileri haftalarda da yapılabilir. Ultrasonografi eşliğinde, bebeğin yerleşimi ve amniyon sıvısının rahim içindeki dağılımı kontrol edildikten sonra özel bir iğne ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından alınır. İşlem birkaç dakika sürer. Aşırı ağrılı bir işlem değildir. Alınan sıvı rahimdeki sıvının çok az bir kısmıdır.

**Amniyosentez hangi durumlarda yapılır**

- Gebe yaşının 35 ve üstünde olması
- İkili tarama testinde yüksek risk saptanması
- Üçlü tarama testinde yüksek risk saptanması
- Ultrasonografide bebekte anormal bulgu saptanması
- Aile hikayesinde zihinsel veya bedensel özürlü birey olması. Bu durumun öncelikle bir genetik uzmanı tarafından değerlendirilmesi ve amniyosentez için gerekçe olup olmadığına karar vermesi gereklidir.
- Gebeliğin ilk üç ayı için, iki veya daha fazla gebelik kaybı olması
- Sebebi bilinmeyen ölü doğum veya yeni doğan ölüm hikayesi olması
- Cinsiyete bağlı geçiş gösteren hastalık riski olması

	<b>AMNİYOSENTEZ BİLGİLENDİRME ve HASTA ONAM FORMU</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.11	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

### İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR

Amniyosentez yapılmadığı takdirde bebeğe ait kromozomlar incelenemediği için anomali tespiti yapılamaz

### ALTERNATİF TEDAVİLER

Yeni uygulanmaya başlayan kan testleri ile %99 varan başarı ile tanı konulabilir.

### RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

1. Yaklaşık her 200 amniyosentez işleminden birinde gebelik kaybı (1/200)
2. Amniyotik sıvı sızıntısı veya kanama. Genellikle geçicidir, doktorunuzla görüşünüz.
3. Enfeksiyon. Nadir olarak gözlenir.
4. Bebeğin fiziksel zarar görmesi. Bu risk son derece azdır.
5. Testin tekrar edilmesi. Bu son derece düşük bir olasılıktır.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Planlanan Tedavi Süresi:** Yeni uygulanmaya başlayan kan testleri ile %99'a varan başarı ile tanı konulabilir.

### ONAY

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- **Anestezi alacak hastalar için:** Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

### Bu Belgede Tanımlanan Girişimin / Tedavinin Uygulanmasını:

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

**KABUL EDİYORUM**       **KABUL ETMİYORUM.**

- **Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:**

**İZİN VERİYORUM**       **İZİN VERMİYORUM**

- **Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:**

**İZİN VERİYORUM**       **İZİN VERMİYORUM**



<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.11	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

<b>HASTANIN Adı-Soyadı</b>	<b>İmza</b>	<b>Tarih</b>
<b>HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN Adı-Soyadı</b>	<b>İmza</b>	<b>Tarih</b>
<b>HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN Kaşesi (Adı Soyadı):</b>	<b>İmza</b>	<b>Tarih</b>