



**TANISAL AMAÇLI
SKALEN VEYA SUPRAKLAVİKULAR
LENF NODU BİOPSİSİ İÇİN BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.201
Yayın Tarihi	14.12.2015
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/3

Hastanın;

Adı - Soyadı :

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl) :

Protokol No :

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Bilgilendirme ve rıza belgesi, kişiye hastalığı ve bu hastalıkla ilgili yapılması planlanan işlemin anlatıldığı, kişinin de yapılması planlanan işleme onay verip vermediğini belirttiği bir formdur. 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 ayrıntılı bilgi alabilir, merak ettiğiniz tüm soruları sorabilirsiniz. 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 izini geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Bu durum gerçekleştiğinde, “Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı” düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

A-BİLGİLENDİRME

1.GENEL AÇIKLAMALAR:

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde sizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda Boyun ile köprücük kemiği arasında kalan alanda **Lenf nodu büyümesi / Kitle** saptadık. Bu alanda (skalen alan, supraklavikular alan) saptadığımız ve lenf nodu büyümesi olduğunu düşündüğümüz büyüme, bir kitle tarafından ya da başka hastalıklar nedeniyle de kaynaklanıyor olabilir. Bu hastalık tehlikeli bir iltihabi hastalık veya kanser olabilir.

Bu büyümenin nedenini anlayabilmek için hastalıklı alandan örnek alınması gerekir. Bu işlem ile alınan lenf bezi örneklerinin ya da tamamının Patoloji kliniğinde yapılacak incelemesi sonucuna göre tedavi planı şekillenecektir. Bilmeniz gereken önemli nokta bu ameliyatın tedaviyi değil hastalığın tanısını koymayı hedeflediğidir. Bu ameliyatı kabul etmemeniz durumunda tanı konulması mümkün olmayacağından tedavi de mümkün olmayacaktır.

İşlemden önce: Bir hekim size ne yapılacağını anlatacak ve işlemi kabul etmeniz halinde bir aydınlatılmış onam formu imzalatacaktır. Bu formu imzalamanız, tüm işlemi anladığınızdan emin olmak için gereklidir. Eğer herhangi bir soru ya da kaygınız varsa, lütfen çekinmeden sorunuz. Ancak, size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik ameliyat ve uygulamaların, ameliyat öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir.

İşleminiz Uzman Hekim tarafından gerçekleştirilecektir.

İşlem süreci: İşlem lokal anestezi altında yapılır. Büyümüş lenf bezi üzerine bir kesi yapılarak dokular ayrılır ve lenf bezi / kitleden örnek alınır, ya da lenf bezi / kitlenin tamamı çıkarılır.

Planlanan işlem sırasında, beklenmeyen veya istenmeyen bazı durumlarla karşılaşabilir. Böyle bir durumda, sizin sağlığınız için en uygunu olması şartıyla ek girişimler yapılabilir.

İşlemden sonra: Bir komplikasyon (istenmeyen durum) gelişmemesi halinde, doktorunuzun uygun görüşü ile evinize gidebilirsiniz. Bazen işlem sonrasında kontrol amaçlı tetkik ya da grafi çektirmeniz gerekebilir

2-İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Bu işlemin tedavi amaçlı değil, tanı koymak amaçlı yapıldığı unutulmamalıdır. Boyun bölgesindeki lenf bezleri başka bir organdaki kötü huylu bir tümörün bu bölgeye sıçraması, lenf bezinin iltihabi hastalıkları, lenf bezine ait lenfoma gibi tümörler ya da kronik enfeksiyonlar sonucu oluşabilir. Bu ameliyatın ana amacı altta yatan hastalığı ortaya çıkararak etkili tedaviye bir an önce başlamaktır.

3-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Boyundaki lenf bezi büyümesi tümöre ait ise;

Tedavi edilmeyen tümörlere bağlı genel sorunlar (kilo kaybı, halsizlik, iştahsızlık, düşkünlük, hastalıklara dirençsizlik vs), tümörün yerleştiği organla ilgili sorunlar, tedavi edilmeyen tümörün komşu dokulara basısı ya



**TANISAL AMAÇLI
SKALEN VEYA SUPRAKLAVİKULAR
LENF NODU BİOPSİSİ İÇİN BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.201
Yayın Tarihi	14.12.2015
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/3

da yayılımı ile ilgili sorunlar ve tedavi edilmeyen tümörün uzak organlara yaptığı sıçrama ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilir.

Boyundaki lenf bezi büyümesi tümöre ait değil ise; bunun sebepleri kronik ya da akut enfeksiyonlar bazı lenf nodu büyüme hastalıkları vs olabilir. Tanı konulmadıkça hem hastanın takibindeki kullanılacak radyolojik tetkiklerin hasta için oluşturabileceği zararlar (radyasyon, kontrast madde), hem de kanser olduğunu varsayılarak, hastanın kendisinde ve ailesinde psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir.

4-VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Büyümüş lenf bezelerinden iğne ile biyopsi alınması mümkündür ancak bu yöntemle tanı elde etmek ihtimali, cerrahi yolla yapılacak biyopsi işlemine göre oldukça düşüktür. Yine de kliniğimizde hastaya en az girişimsel yöntemle tanı koymak gerekir kuralınca iğne biyopsi işleminde tanı alamayan ya da bu işlem için uygun olmayan hastalarda cerrahi biyopsiyi önermekteyiz.

5-İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI(KARŞILAŞILMASI MUHTEMEL İSTENMEYEN DURUMLAR)

İşleme bağlı bir komplikasyon gelişme ihtimali %0.5 civarındadır. Bunlar; ses kısıklığı, kanama, akciğer zarında açılma, bağırsaktan emilen lenf sıvısını toplayan damar benzeri yapının zedelenmesi, yara iltahabı, apse, kesi bölgesinde hafif uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe gelişimi, ameliyat esnasında ve sonrasında kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin kullanımına bağlı olarak allerjiler dahil olmak üzere, tıbbi literatürde tanımlanmış sorunlar gibi durumlardır. Bunların oluşmaması için gerekli tedbirler alınacaktır. Oluşmaları halinde tedavi süresi uzayacak veya ek tedavilere ihtiyaç oluşabilecektir. Bu durumlar, çok nadir de olsa ölüme sebebiyet verebilir.

Ölüm: Ölüm riski yok denecek kadar azdır (%0,5'in altında).

Yukarda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağını önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle onam formunu imzalayarak tüm bu riskleri bildiğinizi ve işlemi kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Cerrahi işlemlerde süreyi belirleyen faktörler, hastanın hazırlanması, ameliyat odasının hazırlanması, hastanın anestezisi, cerrahi işlem, hastanın uyandırma-derlenme ünitesine alınması ve cerrahi sonrası takip edileceği servise ya da yoğun bakıma alınmasıdır. Bu faktörlerin hepsi ayrı ayrı süreyi uzatabilir ve işlemin süresi genel olarak 30-60 dakika arasındadır.

7-MALİYET

- Sosyal Güvenlik Kurumuna mensup hastalarımızın yattıkları süre içerisindeki masrafları kurumlarından tahsil edilmekte olduğundan ek bir ödeme yapmanız gerekmemektedir.
 - Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümlerine göre ek ödeme yapmaları gerekebilir.
 - Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın hastane masraflarını kendileri ödemeleri gerekmektedir.
- Durumunuzu bildirmeniz durumunda doktorunuz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilendirilmenizi sağlayacaktır.

B- ONAM (RIZA, İZİN)

Doktorum tarafından hastalığım ve bana yapılması planlanan tedavi konusunda detaylı olarak bilgilendirildim. Bunun yanında yapılacak müdahalenin şekli, şahsıma ait özel riskleri, yan etkileri ve gerekebilecek diğer girişimler hakkında benim için önemli olduğunu düşündüğüm bütün soruları sordum. Ameliyat yapılmaması halinde neler olabileceğini, işlemin alternatifinin olmadığı anladım. Başka sorulacak hiçbir sorum yok. Kendimi yeteri kadar aydınlanmış hissediyorum ve yeteri kadar düşündükten sonra bana yapılması planlanan müdahale için rıza gösteriyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum. Gerekli olabilecek acil yöntem



**TANISAL AMAÇLI
SKALEN VEYA SUPRAKLAVİKULAR
LENF NODU BİOPSİSİ İÇİN BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.201
Yayın Tarihi	14.12.2015
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/3

değişiklikleri için de rıza gösteriyorum. Bu iznim tıbbi zorunluluk nedeni ile gerekli kan ve kan ürünlerinin nakli için de geçerlidir.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

☐ **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**

Hastanın Adı-Soyadı : **Tarih/saat:**

İmzası:.....

(Hasta onay veremeyecek durumda ise)

Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı:.....

Yakınlık derecesi.....

Tarih/saat:

İmzası:

Doktor adı :

İmzası :