

	GÖĞÜS TÜPÜ TAKILMASI (TÜP TORAKOSTOMİ) İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.96
		Yayın Tarihi	15.06.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1 / 2

Hasta Ad/Soyad:

Doğum tarihi:

Protokol No:

.....
.....
.....

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.

Göğüs tüpü takılması (tüp torakostomi) nedir: Akciğer zarları arasındaki boşlukta olmaması gereken hava, kan veya sıvının bu boşluğa bir tüp konularak dışarıya boşaltılması işlemidir. İşlemden sonra yapılış nedenine göre 3-10 gün arası hastaneye yatış gerekebilir.

İşleminiz doktorlar tarafından yapılacaktır.

Toplam işlem süresi yaklaşık 15-30 dakikadır

Bu işlem nasıl yapılır: Hastanın yaşamsal bulguları monitöre bağlı olarak izlenir, damar yolu açılır ve oksijen desteği sağlanır. Hastanın gereksinimine göre ağrı kesici ve gerekiyorsa sakinleştirici ilaçlar damardan verilir. Hastanın kolu başının altında ve baş 45 derece yukarda olacak şekilde yatar hale getirilir. Göğüs tüpü takılacak yer (ön ve yan göğüs duvarı, kaburgalar arası) mikrop öldürücü ile temizlenir, tüp takılacak bölge uyuşturulur. Deride bir kesi oluşturulur, özel bir aletle bu kesiden girilerek akciğer zarına ulaşılır ve zar açılır. Göğüs tüpü açıklıktan içeri sokulur, tüpün dışarıda kalan kısmı havanın/sıvının boşalacağı özel sete bağlanır. Tüp etrafına dikiş atılarak göğse sabitlenir, tüp yerini kontrol etmek için akciğer filmi çekilir. Akciğer zarları arasındaki hava/sıvı tamamen boşalıncaya kadar tüp takılı kalır.

Bu işlem neden yapılır ve faydaları: Akciğer zarı etrafında toplanan havayı veya sıvıyı boşaltarak, akciğerleri yeniden genişletmek ve normal nefes almayı sağlamak için yapılır. Özellikle travma hastalarında akciğer zarları arasında toplanan kanı boşaltarak hayati tehlikeyi sona erdirmek için yapılması gereklidir.

Bu işleme bağlı gelişebilecek istenmeyen etkiler nelerdir: Göğüs tüpü takılırken veya daha sonra göğüste ağrı hissi, öksürük gelişebilir. İşlem nadiren de olsa başarılı olmayabilir ve tamamlanamayabilir.

Bu işlemin riskleri nelerdir: Uyuşturucu ilaçlara karşı alerji gelişebilir. Akciğer, kalp, büyük damar, diyafram, mide, karaciğer ve dalak zedelenmesi görülebilir. Bu yaralanmalar sonrasında hastanızın durumu daha kötüleşebilir, kalp ve solunum durması, sonrasında ölüm gerçekleşebilir. Akciğer

	GÖĞÜS TÜPÜ TAKILMASI (TÜP TORAKOSTOMİ) İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.96
		Yayın Tarihi	15.06.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	2 / 2

zarında iltihaplanma gelişebilir. Bu durum göğüs tüpün hastada daha fazla süre durmasına ve uzun süreli antibiyotik verilmesine neden olabilir. Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararın(ız)a olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiğini düşünmektedir.

Bu işlemin alternatifi yoktur

Bu işlemin yapılmaması durumunda gelişebilecek durumlar nelerdir?

Akciğer zarları arasında biriken sıvı, kan ya da havanın boşaltılmaması durumunda, sizin/hastanızın mevcut durumu ağırlaşır, solunum yetmezliği, şok, kalp ve solunum durmasına, hatta ölüme yol açabilir.

Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum / yakınım bana okudu. Doktorum, önerilen işlemi, işlemin risklerini ve işlemin yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri; ayrıca bu işlemin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu bilgiler ışığında bana / yakınıma bu tedavinin / işlemin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ederim. Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtip imzalayınız:

Adı-Soyadı

Tarih-Saat

İmza

(Hasta onay veremeyecek durumda ise)

Hasta vasisi/yakının Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih/saat:

Yakınlığı:

Hekim adı/soyadı /unvanı:

İmza:

Rızanın Alındığı Tarih-Saat