

## HEMODİYALİZ AMAÇLI OLUŞTURULAN A-V FİSTÜLLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hastanın;

Dosya No:

Adı:

Soyadı:

Doğum tarihi:

### ÖNERİLEN TEDAVİ

Doktorum.....ve ekibi bende. kronik böbrek hastalığı olduğunu ve hemodiyalize girebilmem için atardamarımla toplar damarım arasında operasyonla bir bağlantı kurulmasının gerektiğini açıkladı.

Bu işlem kolda yada bacakta atardamarlarla yüzeideki toplar damarlar arasında bir bağlantı kurulması anlamına gelmektedir. Toplar damar direk atardamara bağlanabileceği gibi araya özel sentetik greftler de konabilir.

### RİSKLER

Bu açıklamaların amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, ameliyatınız ve riskleri ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir şekilde aydınlatmaktır.

Bunlar sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. Genel yada özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.

- Genel anestezi kullanılırsa akciğerde enfeksiyona yatkınlık yaratan küçük alanlarda çökmeler olabilir ve bu durumda fizyoterapi ve antibiyotik gerekebilir.
- Nadir olarak operasyonun yapıldığı uzuvda ameliyattan sonra şişme yada soğuma, morarma olabilir. Bu durumda yapılan füstülün ikinci bir operasyonla daraltılması yada kapatılması gerekebilir.
- Yaralarda kanama olabilir, bunlar için hafif baskı gerekebilir. Kanamanın durmaması halinde kan transfüzyonu ve yarayı tekrar açarak kontrol etmek gerekebilir.
- Nadiren kızarıklık, ağrı ve şişlikle seyreden yara enfeksiyonu olabilir ve antibiyotik kullanmam gerekebilir.
- Yapılan fistül zamanla kendiliğinden kapanabilir. Başka yerden yeni fistül açılması gerekebilir.
- Fistülün yapıldığı toplardamar zamanla aşırı genişleyebilir ve bunlara operasyonla mudehale etmek gerekebilir.

Eğer sigara içiyorsanız, kronik akciğer rahatsızlığınız varsa, şismansanız, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı değerleri varsa veya bilinen kalp rahatsızlığı varsa bu riskler daha yüksek oranla oluşabilir.

### BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerinizle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonlar oluşabilir;

### HASTANIN BEYANI

- Cerrahım bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.

- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek cerrahım tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.
- Gerekli takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum.
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin görüştüğüm doktor.....'ın ekibi tarafından yapılmasını kabul ediyorum.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dökümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dökümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne yada keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.
- Toplam 2(iki) sayfadan oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım.

**HASTANIN ADI**

**TARİH**

**HASTANIN İMZASI**

---

**VEKALET VEREN KİŞİNİN BEYANI (HASTA UYGUN DEĞİL İSE)**

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi, sonuçları ve riskleri hakkındaki gerekli açıklamaları okudum ve anladım.
- Hastam onam vermeye uygun durumda olmadığından ameliyatın yapılmasını vekaleten kabul ediyorum.

**VEKALET VEREN KİŞİNİN ADI**

**TARİH**

**İMZASI**

---

**DOKTORUN BEYANI**

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

**DOKTORUN ADI**

**TARİH**

**DOKTORUN İMZASI**

---

**ŞAHİDİN BEYANI (Tercihen hasta yakını)-**Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

**ŞAHİDİN ADI-**

**TARİH**

**ŞAHİDİN İMZASI**