

## **GİRİŞİMSEL SEDASYON ANALJEZİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Sayın hasta, veli/vasi lütfen formu dikkatlice okuyunuz.

Şikayetleriniz doğrultusunda ve yapılan muayeneler sonrasında doktorunuz size "girişimsel sedasyon analjezi" işlemini önermektedir. Girişim öncesinde bu onam formuyla size işlem hakkında önemli bilgileri vermek istiyoruz.

Bu konuda biz, size/çocuğunuza/hastanıza, girişime özel başlıca ayrıntıları açıklamakla yükümlüyüz. Bu onam formu size/hastanıza anlatılan işlemin “nasıl?”, “neden?” gerçekleştirilmek istendiği, “işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği”, “işlemin gerçekleştirilmesi sırasında veya sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olayların 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 danışabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra da rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

### **GİRİŞİMSEL SEDASYON ANALJEZİ İŞLEMİ NEDİR VE NEDEN YAPILIR?**

Sedasyon analjezi tanı ve/veya tedavi sürecinde ağrı ve huzursuzluk yaratan işlemler sırasında hastaya bazı ilaçlar verilerek ağrısının azaltılması, hastanın sakinleştirilmesi işlemidir. Şu nedenlerle yapılır:

1. Acil serviste ağrı ve huzursuzluğa yol açabilecek işlemlerin (örneğin belden su alınması, kırık/çıkıkların yerine oturtulması, çocuklara dikiş atılması, apse boşaltılması, kalbe şok verilmesi, yara pansumanı, akciğerlerden hava veya sıvı boşaltılması gibi) daha kolay, ağrısız ve/veya risksiz yapılabilmesi için uygulanır.
2. Psikiyatrik veya çocuk hastalarda çeşitli görüntüleme yöntemleri ve muayenelerden önce yapılabilir.
3. Sizin/hastanızın bu maddelerden herhangi birisine uymadığını düşünüyorsanız, işlemin hastanıza neden yapılmak istendiği hakkında doktorunuzdan bilgi alabilirsiniz.

### **BU İŞLEM KİM TARAFINDAN, NEREDE VE NASIL YAPILIR, TAHMİNİ SÜRESİ NEDİR?**

İşlem, bu konuda deneyimli bir hekim ve hemşire tarafından acil servis içinde yapılacaktır. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 60 dakikadır ve şu şekilde yapılır:

1. Hastanın yaşamsal bulguları monitöre bağlı olarak izlenir, damar yolu açılır ve oksijen desteği sağlanır.
2. Genellikle damar içine, bazen ise kalçadan iğne ile uygulanarak hastaya uyutucu ve ağrı kesici ilaç verilir.

3. Dakikalar içinde ilaçların etkisi başlar, hastanın ağrısı geçip hasta uykulu hale gelince planlanan işlem başlatılabilir.
4. İşlem genellikle 30-45 dakika içinde sonlandırılır, hastanın tamamen kendine gelmesi için geçen süre bazen 60 dakikayı aşabilir.

### **BU İŞLEMİN BEKLENEN FAYDALARI NELERDİR?**

Acil serviste size yapılacak işlemlerin (örneğin belden su alınması, kırık/çıkıkların yerine oturtulması, çocuklara dikiş atılması, apse boşaltılması, kalbe şok verilmesi, yara pansumanı, akciğerlerden hava veya sıvı boşaltılması gibi) ağrısız bir şekilde yapılması sağlanarak konforunuz artırılacaktır.

### **BU İŞLEME BAĞLI GELİŞEBİLECEK İSTENMEYEN ETKİLER NELERDİR?**

1. Bulantı, kusma, enjeksiyon yerinde ağrı gelişebilir.
2. Tansiyon düşüklüğü, nabızda yavaşlama veya hızlanma oluşabilir.
3. Huzursuzluk, kasılma, titreme, kaşıntı oluşabilir.
4. Uzamış uyku hali ve konsantrasyon bozukluğu görülebilir, bu yüzden sizin/hastanızın en az 6 saat kadar dikkat gerektiren işlerle (örneğin trafikte araç kullanmak gibi) uğraşmaması gerekir.

### **BU İŞLEMİN RİSKLERİ NELERDİR?**

1. Uykunun derinleşip genel anesteziye dönmesi, solunumun yavaşlaması veya durması nedeniyle hastanın geçici olarak solunum cihazına bağlanması gerekebilir.
2. Sara (epilepsi) nöbeti gelişebilir.
3. Alerjik şok gelişebilir (Daha önce benzer ilaçlara karşı sizin/hastanızın geçirmiş olduğu alerjik reaksiyon öyküsü varsa bu durumu doktorunuza bildiriniz).
4. Verilen ilacın tipine göre özel etkiler (örneğin fentanil isimli ilaca bağlı göğüs duvarında sertleşme gibi) görülebilir. Bu konuda daha detaylı bilgilendirme için doktorunuza danışabilirsiniz.
5. Kalp durması ve ölüm gelişebilir.

Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararına olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiği düşünmektedir.

### **BU İŞLEMİN YAPILMAMASI DURUMUNDA GELİŞEBİLECEK İSTENMEYEN DURUMLAR NELERDİR?**

1. Acil serviste tanı ve/veya tedavi amaçlı yapılacak işlem sırasında şiddetli ağrı ve rahatsızlık hissedilebilir, ağrının kendisi de tansiyon düşüklüğü ve nabızda yavaşlama yapabilir.
2. Hasta işlemin ağrısına dayanamayabilir ve bu nedenle tanı ve/veya tedavi yarıda kalabilir.
3. Girişimin ağrı nedeniyle yapılamaması hastanızın durumunu ağırlaştırabilir.

## **BU İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ VAR MIDIR?**

Hastaya yapılacak işlemin ağrısız bir şekilde yapılabilmesinin başka bir seçeneği yoktur.

## **HASTANIN SAĞLIĞI İLE İLGİLİ GÖZLEM ÖNERİLERİ NELERDİR?**

İşlem öncesi bilinç durumunuz değerlendirilecek, kalp ve solunum işlevlerinizin işlem öncesi gerekli olan seviyeye gelmesi beklenecektir. Başka bir kliniğe gönderilinceye veya acil servisten taburcu edilinceye kadar gözetim altında tutulacaksınız.

## **GEREKTEĞİNDE AYNI KONUDA NASIL TIBBİ YARDIM ALABİLİRSİNİZ?**

Acil durumlarda 112 acil sağlık hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Diğer konularda aile hekiminizden veya size işlemi uygulayan hekiminizden bilgi alabilirsiniz.

Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/yakınım bana okudu. Doktorum, önerilen işlemi, işlemin risklerini ve işlemi 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. Bana 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.

Lütfen kendi el yazınızla “4 sayfadan oluşan bu onam formunu okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazarak imzalayınız.

.....

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

Notlar:

1. Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalıysa ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.
2. Bu form 2 nüsha doldurulur, bir nüsha hastada/yakınında kalır.
3. Bu aydınlatılmış onam formu asgari bilgileri içermekte olup, üzerinde gereksinimlere göre değişiklikler yapılabilir.

Tarih/Saat:

Hasta Adı-Soyadı/ İmza:

Tanıklık Eden / İmza:

Hasta-Hasta Yakını / İmza:

Doktor / İmza: