

24 SAAT AMBULATUAR PH MONİTÖRİZASYONU HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

TC Kimlik no :	Tarih:
Adı-Soyadı :	
Doğum Tarihi :	
Cinsiyeti :	

Çocuğunuza nedeniyle 24 saat ambulatuvar pH monitorizasyonu (pH metre) işleminin uygulanması tıbben gerekli görülmüştür.

pH METRE NEDİR? NE AMAÇLA YAPILIR?

pH metre, mide içeriğindeki asidin mideden yemek borusuna kaçışını (reflü) göstermek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Reflü tanısı konulması için yapılması gereken en önemli testtir.

pH METRE İŞLEMİ NASIL YAPILIR?

Hasta işlemiden en az 4-6 saat önceden itibaren yemek yememeli, su dahi içmemelidir. İşlem öncesinde hastanın ağrı duymaması için burnunun iç kısmına **ağrı azaltıcı (uyuşturucu)** ilaç emdirilmiş pamuk yerleştirilerek bir süre bekleneciktir. Uygulama sırasında burundan mideye yerleştirilecek uygun uzunlukta ve sadece sizin çocuğunuz için kullanılacak olan, çubuk makarna kalınlığında prob denilen bir boruyu yutması gerekmektedir. Prob yemek borusuna yerleştirildikten sonra dışarıda kalan kısmı burnun etrafına bantlarla yapıştırılarak sabitlenecektir. Probun diğer ucu kayıt yapacak olan el radyosu büyüklüğündeki cihaza bağlı olup, işlem sırasında bunu hasta bir askı ile üzerinde taşıyabilir. İşlem 24 saat kayıt esasına dayandığından, çocuğunuzun bu süre boyunca hastanede yatarak gözlenmesi gerekmektedir. Çocuğunuz bu süre boyunca hastane sınırları içinde istediği ve sevdiği günlük aktivitelerini (yemek yeme, oynama vs.) kayıt cihazına zarar vermeyecek şekilde yapabilir. İşlem süresi dolunca prob takan doktorunuz tarafından çıkarılacaktır.

İŞLEMİN RİSKLERİ

İşlemin bilinen hayati bir riski yoktur, işlem sırasında veya sonrasında ciddi olmayan burun kanaması görülebilir. Şiddetli öksürük/öğürme ile probun yeri değişebilir, prob burundan çıkabilir veya dikkat edilmez ise yanlışlık çocuğunuz probu süre tamamlanmadan burundan çekip çıkarabilir. Bu durumda yapılan işlemin tekrarlanması gerekebilir. Burun deliğini uyuşturmak için kullanılan lokal anestezik ilaca karşı alerjik duyarlılığı olan hastalarda hayati tehlike ortaya çıkabilir.

ANLAMLI RİSKLER VE UYGUN TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Doktor bana özel riskleri ve problemler ile herhangi bir ters durumda meydana çıkacak olasılıkları anlattı. Doktor işlemin yapılmamasıyla oluşabilecek riskler kadar uygun tedavi seçeneklerini de açıkladı. Aynı zamanda alternatif tedavilerin de olabileceğini anlıyorum. Bu riskleri ve tedavi seçeneklerini hastane doktoruyla daha fazla tartışmak istemiyorum. İşlemin olmaması durumunda çocuğumun (yakınımın) karşılaşacağı risklerin de farkındayım.

Bu onam formu; işlemi ve alternatif tedavileri doktoruyla karşılıklı olarak konuşmuş, ekteki hasta bilgi formunu okumuş ve işlemle ilişkili komplikasyonları, riskleri ve işlemin yapılmaması durumunda karşılaşılabileceği riskleri artık hastane doktoruyla tartışmak istemeyen hastalar içindir. İşleme karar vermeden önce eğer bu konulardan herhangi birini hastane doktoruyla karşılıklı konuşup tartışmak isterseniz lütfen randevu kâğıdının üzerindeki telefon numarasını arayarak hastane doktorundan randevu alınız.

HASTA YAKINI ONAYI

ONAYLIYORUM Kİ;

Bana hasta bilgilendirme formu verildi ve ben de okudum. Bu işleme ait riskleri ve olası sonuçları anlıyorum.

Diğer uygun tedavi seçeneklerinin olduğunu ve onların da risklerinin olduğunu farkındayım. Bu işlemin olmaması halinde çocuğumun hangi risklerle karşı karşıya geleceğini biliyorum.

Çocuğumun doktoruyla, çocuğumun durumu, işlem ve onun riskleri ve tedavi seçenekleri konusunda soru sorabilmem için randevu alma şansı verildi. Hastane doktorlarıyla tartışacak her hangi bir sorum yoktur.

Çocuğuma işlemi uzman doktor veya bu konuda ileri düzeyde eğitim alan bir doktorun yürütebileceği bilgisi verildi.

İşlemin veya tedavinin bir parçası olarak alınan kan dahil herhangi bir dokunun tanı amaçlı kullanılabilmesini, incelenebileceğini, saklanabileceğini yine bu dokunun eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabilmesini kabul ediyorum. Tanı ve tedavi amaçlı fotoğraf veya video kaydı yapılmasını ve bu kayıtların tıp eğitimi için kullanılabilmesini onaylıyorum.

Acil bir durum oluşursa işlem sırasında çocuğuma kan verilebileceğini biliyorum ve kabul ediyorum.

İşlem sırasında acil yaşamı tehdit eden olaylar oluştuğunda çocuğumun uygun şekilde tedavi edileceğini anladım.

İşlemin çocuğumun durumunu daha iyiye götüreceği konusunda bana garanti verilmedi ve işlemin nadir de olsa çocuğumun durumunu daha da kötüye götürebileceğini biliyorum.

Yukarıdaki cümlelerime dayanarak çocuğuma

**24 SAAT AMBULATUAR PH MONİTÖRİZASYONU İŞLEMİNİN YAPILMASINI
TALEP EDİYORUM**

Hasta/ Hasta adına karar veren yakını

ADI- SOYADI:

HASTA YAKINLIK DERECEŚİ:

TARİH:

İMZA:

ÇEVİRMEN (varsa) ADI SOYADI:

TARİH:

İMZA:

DOKTORUN İFADESİ:

(İşlem günü tamamlanacak)

Hastanın işlem hakkında soru sormasına olanak tanıdım.(Uygun kutucuğu işaretleyin)

Hastanın hiçbir sorusu yoktu

Şunları açıkladım

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

DOKTOR ADI SOYADI:

ÜNVANI:

TARİH:

İMZA:

BİRİM TELEFONLARI: