

## GASTROSKOPİ GİRİŞİMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No	YÖN.RB.09
Yayın Tarihi	16.01.2010
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.09.2016
Sayfa No	2/1

### Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Üst sindirim sisteminizin, **gastroskop** adı verilen, bükülebilir-esnek optik bir alet ile incelenmesi işlemine **gastroskopi** adı verilir. İşlem sırasında gastroskop, ağızdan girilerek yemek borusu ve mide geçilerek oniki parmak barsağına kadar ilerletilir ve bu sırada yeterli görüş sağlayabilmek amacıyla ve sonradan geri alınmak üzere bir miktar hava verilir. Gastroskopun itilmesi ve hava verilmesi, neden olduğu gerginlikten dolayı bir miktar rahatsız edici olabilir. Bu nedenle işlem öncesi ya da sırasında, size damar yolu ile sakinleştirici ya da ağrı giderici bir ilaç uygulanabilir. Sekiz saatlik bir açlık sonrası yapılan gastroskopik inceleme, bize üst sindirim sistemi hastalıklarının teşhisi konusunda önemli bilgiler verecektir. İşlem sırasında, ek olarak mikroskopik inceleme ile teşhisin kesinleştirilmesini sağlamak amacıyla, biyopsi adı verilen doku örneklerinin, gastroskopun içinden geçirilen ufak bir pens ile alınması yoluna da başvurulabilir. Bazı durumlarda, kanayan veya yeniden kanama işareti olan ülser vb rahatsızlıklarda, skleroterapi gibi kanamayı durdurucu girişimlerde bulunulabilir.

**İşlemin Riskleri:** Gastroskopik inceleme genel olarak sorunsuz bir işlem olmakla birlikte, yine de bazı riskleri içerir. Sakinleştirici ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlar, özellikle ek olarak yapılan tedavi edici girişimlere bağlı olarak kanama ya da zedelenmeler, ayrıca kalp ve akciğer sorunları seyrek rastlanan, ancak kimi zaman acil tedavi ve hatta cerrahi girişim gerektiren ve çok seyrek olarak hayati tehlikeye yol açabilecek durumlardır.

**Alternatif İşlemler:** İlaçlı mide filmi (baryumlu mide duodenum grafisi), gastroskopi yerine üst sindirim sistemi hastalıklarının tanısı için kullanılan diğer bir yöntemdir. Bununla birlikte gastroskopik incelemenin, özellikle doku alımına ve tedavi edici bazı girişimlere izin vermesi gibi ek avantajları bulunmaktadır.

### **Riskleri olabildiğince azaltmak için, sizden, aşağıda belirtilenlere uymanızı rica ediyoruz:**

1. İşlemden en az 48 saat önce, doktorunuz aksini söylemediği takdirde, aspirin, aspirin benzeri ya da diğer ağrı kesici ve romatizma ilaçlarının kullanımını bırakınız.
2. Kan sulandırıcı olarak bilinen Coumadin, heparin vb ilaç kullanımını, randevu alımı sırasında ya da hemen sonrasında bize bildirin. Bu ilaçlarla ilgili doz ayarlaması yapılabilir ya da ilaçlarınız kesilebilir.
3. Kullanmanız zorunlu olan ilaçları işlemden dört saat öncesine kadar ve sadece su kullanarak içebilirsiniz.
4. Gastroskopi sırasında uygulanabilecek sakinleştirici ilaçlar uyku hali, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon bozukluğuna yol açabilir. Bu nedenle **endoskopi ünitesine bir refakatçi ile birlikte geliniz**, aynı gün otomobil kullanmak ya da herhangi bir dikkat gerektiren işlerden kaçınınız.
5. Endoskopi ünitesine gelirken, gastroskopik incelemenin yapılmasını isteyen hekiminizin istek yazısı, diğer tıbbi inceleme sonuçları ve varsa hasta dosyanızı yanınızda bulundurunuz.
6. Endoskopi ünitesine acil hasta kabulü, endoskopi cihazlarının dezenfeksiyonu, cihaz arızası vb nedenlerle işleminiz gecikmeli olarak yapılabilir. Bu tür zorunlulukları anlayışla karşılamınızı dileriz.
7. Eğer belirtilen randevu tarihinde gelemeyecekseniz lütfen önceden bize bildirin. Böylece bir başka hastamızın endoskopi işleminin gecikmemesini sağlamış olursunuz.
8. **İnceleme sonrası olağandışı bir karın ağrısı, kanama ya da öngörülmemiş ve sizi rahatsız eden yakınmalar ortaya çıktığı takdirde derhal hekiminize ya da acil servise başvurunuz.**

Yukarıda yazılı olarak ve sorularınız karşılığında yapılan açıklamalara karşın yine de anlaşılmayan noktalar bulunabilir. Bu noktalar, sözü edilen komplikasyonlar ve bunların sıklığı, ya da çok seyrek rastlanılan riskler hakkında bilgi edinmek isterseniz gastroskopik incelemeyi gerçekleştirecek hekiminize tekrar sorabilirsiniz.

Tarafıma uygulanacak olan üst sindirim sistemi endoskopisi ile ilgili olarak yukarıdaki açıklamaların tümünü okudum ve anladım. Yazılı açıklamalar ile ilgili ve ayrıca öğrenmek istediğim tüm detaylara yönelik sorularım tatminkar bir biçimde cevaplandırıldı. Başka bir sorum yok.

Şahsıma uygulanacak gastroskopik inceleme ve bu işlem sırasında gerekebilecek diğer girişimlerin yapılmasına onay veriyorum.

İşlem sırasında ya da sonrasında meydana gelebilecek yan etki ve komplikasyonların sonuçlarına, ya da gerektiğinde acil cerrahi girişimler de dahil, takip edebilecek müdahaleleri kabul ediyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 15 – 20 dakikadır.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93



## GASTROSKOPİ GİRİŞİMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No	YÖN.RB.09
Yayın Tarihi	16.01.2010
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.09.2016
Sayfa No	2/2

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....  
.....

Tarih:...../...../..... Saat:

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi ..... Tel.No:..... İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. .... Tel.No:..... İmza:
<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:
<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza: