

**TÜP TORAKOSTOMİ RIZA BELGESİ**

Hastanemizde tetkik ve tedavi uygulanacak hastalardan Tıp ve Tıp Dalları Standartları'nın uygulanmasına ilişkin 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı Kanun'un 70'inci maddesine göre alınacak muvafakat belgesidir.

**İşlemin nasıl ve kim tarafından yapılacağı:**

Çocuğunuza akciğer ile akciğer zarı arasında (plevral boşluk) biriken hava ya da sıvının (kan, lenf, pü ve diğer) boşaltılması amacı ile bu bölgeye plastikten veya lastikten yapılmış bir drenin yerleştirilmesi ameliyatı yapılacaktır. Ameliyat genel anestezi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanede yapılacaktır. Genel anestezi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza kas gevşetici ilaçlar verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır ve ağrı hissetmeyecektir. Cerrahi girişim bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun (.....) sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

**Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:**

Çocuğunuzun toraks boşluğunda solunumunu etkileyecek derecede birikmiş hava/sıvı mevcuttur. Tanısı solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı olan çocuklarda çekilen akciğer grafisi ile konabilir. Gerekirse Bilgisayarlı tomografi istenebilir.

**Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:**

Tüp torakostominin uygulanacağı interkostal aralık belirlendikten sonra cilt, cilt altı dokular, kaslar ve parietal plevraya lokal anestezi uygulanır. Bu esnada iğne ucu ile plevral boşluğa girilir. Hava veya sıvı aspire edilerek tüp torakostomi uygulanacak yerin teyidi yapılmış olur. Tüp torakostomi pnömotoraks için uygulanacaksa yaygın kullanımda midklavikular hat ile 2.-3. interkostal aralıkta, hemotoraks veya plevral effüzyon için uygulanacaksa orta aksillar hat ile 4.-5. interkostal aralık kullanılır. Lokal anestezi sonrası cilt ve cilt altı dokular bisturi ile kotlara paralel olmayacak şekilde kesilir. Diseksiyon makası yardımıyla künt diseksiyon ile cilt altı doku, kaslar ve plevra geçilerek plevral boşluğa ulaşılır. Plevra geçildikten sonra dren pens yardımıyla toraks kavitesine yolların. Dren cilde tespit edildikten sonra kapalı sualtı drenaj sistemine bağlanır. Dren çevresi pansumanı yapıldıktan sonra hastaya kontrol filmi çektilir.

**İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:**

Akciğer ile akciğer zarı arasında (plevral boşluk) biriken hava ya da sıvının boşaltılmaması durumunda, mevcut durumu ağırlaşır solunum yetmezliği, şok, kalp ve solunum durmasına, hatta ölüme yol açabilir.

**İşlemin alternatifleri:**

Akciğer ile akciğer zarı arasında (plevral boşluk) biriken hava ya da sıvının dışarıya boşaltmak için başka bir tedavi seçeneği yoktur.

**İşlemin uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar nelerdir?**

- Tüp torakostomi ameliyatından sonra nadir de olsa istenmeyen sonuçlar görülebilir.
- Anestezik ilaçlara karşı alerji gelişebilir.
- Akciğer, kalp, büyük damar, diyafram, mide, karaciğer ve dalak zedelenmesi görülebilir. Bu yaralanmalar sonrasında hastanızın durumu kötüleşebilir, kalp ve solunum durması, sonrasında ölüm gerçekleşebilir.
- Akciğer zarında iltihaplanma gelişebilir. Bu durum göğüs tüpün hastada daha fazla süre durmasına ve uzun süreli antibiyotik verilmesine neden olabilir.

**Hastaya özel durumlar (Konjenital kalp hastalığı, metabolik hastalık, prematürite, diyabet vb):****İşlemin Tahmini Süresi:**

Ameliyatın süresi normal şartlarda 15-25 dakika olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

**Tedavi sonrası dikkat edilmesi gereken özellikler:**

- Ameliyattan sonra sorumlu doktorun gerek gördüğü süre boyunca (1-5 gün arası veya daha uzun) çocuğunuz hastanede yatacak ve antibiyotik tedavisi alacaktır.
- Ameliyat sırasında çıkarılması gereken sıvılar ve/veya dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda laboratuvar ve/veya patolojik incelemeye gönderilecektir.
- Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici ve/veya antibiyotik ilaçlar önerilecektir.
- Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz (genellikle 1-2 gün sonra) söylenecektir.
- Ameliyat bölgesinin en az 5 gün ıslatılmaması gerekmektedir.

**Tıbbi Yardıma Ulaşım:**

Tedaviniz veya girişiminizle ilgili tıbbi desteğe ihtiyacınız olduğu durumlarda 444 0 373 nolu telefonu arayarak mesai içinde kendi hekiminiz mesai dışında acil hekimi ile görüşebilirsiniz.

**RIZA**

Hekimim tarafından bana yapılacak olan .....işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı ve bunları aklım başımda olarak anladım. Bana verilen 1 sayfalık Tüp Torakostomi Rıza Belgesi'ni okudum ve anladım.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için hekime sorular sordum ve tüm düşüncelerimi kendisine ilettim, aldığım cevaplar karşısında ikna oldum. Bilgilendirme sonucunda yeterli olarak aydınlatıldım. Ameliyatın/ cerrahi girişimin/ riskli işlemlerin yapılmasına, tedavi sırasında gerekir ise ek girişim veya kan ve kan ürünlerinin kullanılmasına **İZİN VERİYORUM.**

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu Anladım" yazınız:.....

Hasta Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

Yakınlık Derecesi:.....

**Hastadan Rıza Belgesi Alınmayıp, Hasta Yakınından Rıza Belgesi Alınma Nedeni:**

- ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok  
☐ Acil ☐ Diğer

**HEKİM**

Hastanın şikayeti, tetkikleri, muayene bulguları sonucu koymuş olduğum tanıyı ve nedenini, önerilen tedavi içeriğini, amacını ve başarılı olma şansını, avantajları ve risklerini, tedaviye ve hastaya özel riskleri\* varsa alternatif tedavi yöntemlerini, tedavi sonuçlarını, tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskleri, hastaya açıkladım ve bilgilendirme formunun hastaya verdim. Hasta / hasta yakınları tarafından, tarafıma sorulan tüm soruları tam olarak yanıtladım.

\*Tedaviye ve hastaya özel riskler ( varsa ) :

Hekimin Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

**TERCÜMAN ( Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise )**

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim Görüşme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

**Tercüme Yapanın**

Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....