



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ÇORUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İNVAZİV GİRİŞİM /BİYOPSİ /DRENAJ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY
FORMU

KOD	RG.RB.08	YAY TRH	16.05.2016	REV.NO	02	SAYFA	1/1
-----	----------	---------	------------	--------	----	-------	-----

Adı Soyadı
Doğum tarihi
Cinsiyeti
Hasta Tel No
Yakınının Tel No :
Gön.Dr.Adı Soyadı :

DOĞA KAMUK		Randevu Sıra No	8
Tc - DOĞ T	50638063672 - 26.09.2003	SGK (Emekli Sandığı)	
BİRLİM	Girişimsel Radyoloji Polikliniği*	Protokol	91868747
DOKTOR	ZEYNEP BANU AYDIN	GSS ID	
Tahmini Muayene Saati	10:58	Kayıt Tarihi ve Saati	29.03.2024 08:54:44
Sağlıklı günler dileriz... www.corumeah.saglik.gov.tr			

tarihi: ___/___/___ Saat: ___

on Boyutu :

Şikayetiniz veya hastalığınız hakkında kısaca bilgi veriniz:

Lütfen tarif ediniz

Astım veya saman nezlesi öyküsü var mı?

Evet Hayır

İlaç veya gıda alerjisi var mı?

Evet Hayır

Hastalığınız nedeniyle görüntüleme eşliğinde biyopsi / drenaj işlemi gerekmektedir ve bu işlem uzman doktor tarafından yapılmaktadır. .

Biyopsi işlemi hastalığınıza tanı konulması için (yada drenaj işlemi cerrahi olmadan tedavi amaçlı) yapılmaktadır.

Bu işlem lokal anestezi altında yapılır. İşlem yapılacak bölge antiseptik solüsyonlar ile temizlenir. Ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi cihazı eşliğinde kalın iğne ile girilerek örnekler alınır.

Tetkinin tahmini süresi 15-20 dk dir.

Bu işlemde lokal anestezi için kullanılan ‘citanest, prilokain’ gibi anestetik ilaçlar nadiren allerji , anafoksi yapabilir.

Bu işlemin biyopsi yapılan organda, batin (karın) veya toraks (göğüs) içerisinde kanama riski mevcuttur. Nadiren gelişebilecek kanama ve akciğere hava kaçması yada komşu organ hasarı gibi komplikasyonlar sonucunda hayatı tehdit edebilecek durumlar ortaya çıkabilir. Özellikle genel durumu bozuk hastalarda olmak üzere, yukarıda belirtilen komplikasyonlar çok nadiren ölüme de yol açabilir.

Biyopsi işlemi kabul etmemeniz durumunda kesin tanı için ameliyat ile doku alınması gerekebilir. Drenaj işlemi kabul etmemeniz durumunda cerrahi diğer yöntemler kullanılması gerekebilir.

Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi hekimlerinin ve çalışma ekibinin, hastalığınızın teşhis ve tedavisi için gerekli olan ilaçları, tetkikleri, uygulanacak cerrahi / invaziv girişim için verilebilecek lokal anestezi (bölgesel uyuşturma), sedasyon ve gerektiğinde kan ve kan ürünlerinin uygulanmasını bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Tedavim sırasında ve/veya sonrasında sağlığım ile ilgili edinilen bilgilerin geriye dönük olarak yapılan bilimsel çalışmalarda (kimliğim belirtilmeksizin) sağlık eğitim/öğretimi amacı ile kullanılmasına izin veriyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Biyopsi/drenaj işleminin yarar, risk ve komplikasyonları öğrendiğimi, biyopsiyi yapacak doktor ve yardımcı ekibi ile biyopsi konusunda aydınlatıcı ve tatminkar bir konuşma yaptığımı, tüm sorularıma açık ve net cevaplar aldığımı, bu uygulama için Radyoloji bölümü doktorlarının uygun ve gerekli gördüğü her türlü kararı uygulamalarına serbest iradem ile ekip doktorlarına tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ ALANLARI EL YAZINIZ İLE DOLDURUNUZ.

“Okudum anladım” yazınız ..okudum, anladım.....	
Kabul etmiyorum <input type="checkbox"/>	Kabul ediyorum <input checked="" type="checkbox"/>
Hastanın/Vekilinin/Yasal Temsilcinin	
Adı-Soyadı İmzası; <i>Doğay Doğan Kamuk</i>	

Doktor Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: 29.03.2024 Saat: 09:12

Bu onay formun bir nüshası hastaya/hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.

Teslim Alan Hasta/Hasta Yakını

Ad-Soyad İmza