MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

ÇOCUK HASTADA KAN TRANSFÜZYONU RIZA BELGESİ

HASTANIN
ADI SOYADI :……
DOĞUM TARİHİ :……
PROTOKOL NO :……

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi,

Bu formda çocuğunuza yapılması planlanan işlem hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmaktadır. Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın. Hastanın yapılan muayene ve tetkikleri sonucunda tedavide kan ve kan ürünleri nakli yapılmasının hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklik yapabileceği bildirdi.

1. **Nasıl bir girişim uygulanacak**

Kan ve kan ürünleri transfüzyonu hastanın yattığı servis hemşiresi, acil servis hemşiresi, ameliyathanede anestezi teknisyenleri tarafından transfüzyon yapılır.Kan bileşenleri (ek olarak lökositten arındırılmış, ışınlanmış, yıkanmış şekilde): Tam kan, Eritrosit konsantresi, Taze donmuş plazma, Trombosit konsantresi ya da Kriyopresipitat olabilir. Nakil işlemleri servis hemşireleri tarafından her bir ünite Tam kan, Eritrosit konsantresi için 3 saat içinde, Taze donmuş plazma 1 saat içinde, Trombosit konsantresi ya da Kriyopresipitat 30 dakika içinde transfüzyonu gerçekleştirilecektir.

2. İşlemden beklenen faydalar

İşlemin beklenen faydaları alacağınız kan ürününe; göre kan hacmini sağlamak, dokulara oksijen taşımasını sağlamak, kanama ve koagülasyon bozukluklarını düzeltmek, immünolojik eksikliği gidermek gibi sağlıklı bir insanda olması gereken özelliklere sahip normal sayı ve fonksiyon şartlarına ulaşılmasıdır.

3. İşlemin <u>uygulanmaması</u> durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Hastanın nakil yapılmaması durumunda hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklikler meydana gelmez.

4. Varsa işlemin alternatifleri

Alternatif yok.

5. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Kan bileşenlerinin yasal ve bilimsel kurallara göre hazırlanıp test edilmesine rağmen:

- Bana/hastama öngörülemeyen çeşitli immünolojik, alerjik, mikrobik, fiziksel yada kimyasal nakil reaksiyonlarına neden olabileceğini,
- Bu reaksiyonların genellikle hafif veya orta derecede seyretmesine rağmen nadiren yaşamı tehdit edecek düzeyde ağır seyredebileceğini,
- Bu reaksiyonların başarılı tedavi girişimlerine rağmen ölümcül de olabileceğini,
- Hatta bu durumun kendi kanım verildiğinde bile gerçekleşebileceğini öğrendim. En güncel yöntemlerle test edilse bile nadiren kan ve kan bileşenleri nakli ile bazı virüslerin (AIDS, Hepatit B, Hepatit C gibi hepatit virüsleri) bulaşabileceğini ve buna bağlı olarak aylar yada yıllar sonra enfeksiyon gelişebilme olasılığı olduğunu biliyorum.

6. İşlemin tahmini süresi

Kan bileşenleri(ek olarak lökositten arındırılmış, ışınlanmış, yıkanmış şekilde): Tam kan, Eritrosit konsantresi, Taze donmuş plazma, Trombosit konsantresi ya da Kriyopresipitat olabilir. Nakil işlemleri servis hemşireleri tarafından her

bir ünite Tam kan, Eritrosit konsantresi için 3 saat içinde, Taze donmuş plazma 1 saat içinde, Trombosit konsantresi ya da Kriyopresipitat 30 dakika içinde transfüzyonu gerçekleştirilecektir.

7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Transfüzyon sırasında ateş, başağrısı, göğüs ağrısı, vücutta kaşıntı ve solunum sıkıntısı olması durumunda acilen hemşire/doktorunuza haber veriniz. Eritrosit transfüzyonundan bir hafta sonra solukluk, idrar renginde koyuluk olması durumunda doktorunuzla iletişime geçiniz.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.
- Vermiş olduğum bu "Bilgilendirilmiş Onam" hastaneden taburcu olana dek geçerlidir.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın bilgilenmek istemediği durumlarda kendi el yazısı ile "bilgilenmek istemiyorum" ibaresini bu formun altına yazarak imzalaması gereklidir.

Hastanın veya Yakınının (

Adı- Soyadı :

Tarih-Saat :___/___/_____ ____/____

İmza :

Yakınlık Derecesi:

Hasta 18 yaşın üstünde ve bilinci yerinde ise bu formu kendi onaylamalıdır. Aksi durumda onay hastanın birinci derece yakını tarafından yapılmalıdır (Anne, baba, kardeş, eş, çocuk).

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :

Kaşe / İmza :

Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___