

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

04/11/2024

İlan No : 2024-11-4033  
İstem No : 77638  
Alım No :  
Talep Eden Birim : İdari Bölümler / Stok Kontrol Ve Satınalma Planlama  
Konu : KIRTASIYE MALZEMESİ ALIMI

MA

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 11/11/2024 17:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Tesl. Süresi (Gün)
1	HEMATOLOJİ BİLİM DALI PERİFERİK YAYMA DEFTERİ, HEM-FR-06	2	Adet					
2	ÇOCUK ALLERJİ EPİDERMAL DERİ TESTİ İNHALAN ALLERJENLER PANELİ, ÇSH-FR-17	1000	Adet					
3	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D., ÇOCUK ALLERJİ B.D. EPİDERMAL DERİ TESTİ KAYIT FORMU, ÇSH-FR-71	1000	Adet					
4	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ALLERJİ BİLİM DALI BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ, ÇSH-FR-84	1000	Adet					
5	KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI, KORONER ANJİYOGRAFİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ, 4 YAPRAK-7 SAYFA, KAR-FR-29	3000	Adet					
6	KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI, PERKUTAN KORONER GİRİŞİMLER (KORONER BALON VE STENT TEDAVİSİ) İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ, 4 YAPRAK-8 SAYFA, KAR-FR-34	3000	Adet					
7	KARDİYOLOJİ A.D. ANAMNEZ FORMU, KAR-FR-15	3000	Adet					
8	AMELİYATHANE GÜN SONU TEMİZLİK DEFTERİ, HİK-FR-38-39	1	Adet					
9	AMELİYATHANE VAKA SONU, TEMİZLİK DENETİM DEFTERİ, BOYUT A4, HİK-FR-37	21	Adet					
10	ÇOCUK YOĞUN BAKIM TIBBİ TEDAVİ İŞLEM VE GİRİŞİMLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU, ÇSH-FR-126	1000	Adet					
11	HASTA DOSYASI, GÖZ, PEMBE	2000	Adet					
12	HASTA DOSYASI, GÖZ, MAVİ	2000	Adet					
13	RADYASYON ONKOLOJİSİ A.D. BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU, RON-FR-03-3	1000	Adet					
14	RADYASYON ONKOLOJİSİ A.D. İŞLEM LİSTESİ, RON-FR-06	1000	Adet					
15	RADYASYON ONKOLOJİSİ A.D. RADYOTERAPİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU, RON-FR-03-2	1000	Adet					
16	ANESTEZİ VE REANİMASYON A.D. ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ FORMU, OTOKOPİLİ, 50 SAYFA, BOYUT A4, ANS-FR-61	200	Adet					
17	ANESTEZİ VE REANİMASYON A.D. ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ FORMU, OTOKOPİLİ, 50 SAYFA, BOYUT A4, ANS-FR-61-A	200	Adet					
18	OPERASYON ÖNCESİ TAKİP FORMU, ANS-FR-01	5000	Adet					
19	ANESTEZİ VE REANİMASYON HASTA	10000	Adet					

## ONAM BELGESİ, ANS-FR-26

20	DERLENME ODASI TAKİP FORMU, OTOKOPİLİ, 50 SAYFA, BOYUT A4, ANS-FR-49	200	Adet					
21	ANESTEZİ RAPORU, OTOKOPİLİ, 50 SAYFA, BOYUT A4, ANS-FR-19	200	Adet					
22	POSTANESTEZİ BAKIM ÜNİTESİ (PABÜ) TAKİP FORMU, ANS-FR-71	250	Adet					
23	ACİL TIP A.D HASTA MUAYENE VE GÖZLEM FORMU, ACL-FR-28	70000	Adet					
24	KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU, KTK-FR-27	10000	Adet					
25	KOLONOSKOPI İŞLEMİ İÇİN HASTA AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU, GST-FR-05	3000	Adet					
26	ÖZAFAGO GASTRO DUODENOSKOPI İŞLEM İÇİN HASTA AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU, GST-FR-06	3000	Adet					
27	GÜNÜBİRLİK HASTA HEMŞİRE GÖZLEM/ANAMNEZ FORMU, BHM-FR-105	20000	Adet					
28	ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTA DEĞERLENDİRME FORMU, ÇRS-FR-17	1500	Adet					
29	ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HAST. A.D, DSM-IV'E DAYALI DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ ANNE/BABA/ÖĞRETMEN, ÇRS-FR-34	1500	Adet					

Mersin Üniversitesi Hastanesince aşağıda cins,miktar ve özellikleri belirtilen malzemelerin satın alınmasına ihtiyaç duyulmuştur. Proforma faturanın aşağıdaki şartlara göre düzenlenerek Satınalma Bürosuna gönderilmesini rica ederim.

1-Tekliflerin yazılı olması,

2-İhale dökümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi,

3-Teklif verilen malzemelerin teslim süreleri, barkod numarası, markaları ve ambalaj şekillerinin yazılması,

4-TL (Türk Lirası) olarak fiyat verilip,birim fiyatlarının rakamla ve yazıyla yazılması,

5-Üzerinde kazıntı,silinti,düzeltilme bulunmaması,

6-Ad,Soyad veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması,

7-Teklif verilmeyecekse FAKS mesajının bir açıklama ile gönderilmesi,

8- Malzemeler ilgili firma yetkilisince depoya teslim edilecektir. **Kurum bilgisi ve izni dışında kargo ile yapılan malzeme,fatura,irsaliye teslimatları kesinlikle kabul edilmeyecektir.**

9- Teklif verilen malzemelerin, idarenin kesin siparişine müteakip teslim sürelerinin teklif mektubunda bildirilmesi zorunludur.Teslim süresi ve opsiyon süresi bildirilmeyen teklifler kesinlikle kabul edilmeyecektir.

**Önemli 10-**Teklif edilen kalem T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıtlı ve bu kayıt teklif tarihi itibarıyla geçerli olmalıdır. Alıma çıkılan her kalem/kalemler için ayrı ayrı TİTUBB da Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olduğunu gösterir, Ulusal Bilgi Bankası internet sitesinden alınmış, İlaç ve Tıbbi Cihaz Tanımlama Formunu teklif zarfı içinde sunacaklardır.TİTUBB na kayıtlı ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olmayan kalem/kalemlere ait teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır.

**Önemli 11-**Teklif edilen her kalem için, ayrı ayrı teklif tarihi itibarıyla teklif vermeye yetkili ithalatçı, tedarikçi veya bayi olduklarını gösterir, Ulusal Bilgi Bankası internet sitesinden alınmış, Ana Bayii Bilgi Formunu teklif zarfı içinde sunacaklardır.

**Önemli 12-** Fiyat teklif cetveline teslimat süreleri mutlaka yazılmalıdır.

**TESLİMAT SÜRESİ, UBB KODU, MARKA BELİRTİLMİYEN TEKLİFLER DEĞERLENDİRME DIŞI OLACAKTIR, TEKLİFLER SIRA NUMARASINA GÖRE VERİLMELİDİR.**

**İrtibat Fax: 0324 241 00 90 TLF: 0324 241 00 00 - 22570-22593-22598**

**Mail adresi: hastanesatinalma@mersin.edu.tr**

Fiyat opsiyonu en az 45 gün olacaktır.

Bünyamin Gültekin

Hastane Müdür Yrd.





TC  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ



ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
ÇOCUK ALLERJİ B.D.  
EPİDERMAL DERİ TESTİ KAYIT FORMU

Adı-Soyadı :

Yaş :

Cins :

Aldığı ilaçlar ve son aldığı saat :

Tarih :

Protokol No :

Klinik Tanı :

**BESİN ALLERJENLER PANELİ**

HİSTAMİN	BALIK-MİX-I
MUZ	BALIK-MİX-II
SÜT	PATATES
SOYA	CASEİN

TAVUK ETİ	DOMATES
BETA-LAKTOGLOBULİN	PİRİNÇ UNU
KAKAO	ELMA
CEVİZ	HAVUÇ

NEGATİF KONTROL	LATEX

BUĞDAY UNU	FINDIK
PORTAKAL	YER FISTIĞI
KABUKLU DENİZ	SUSAM
YUMURTA SARISI	KARABİBER

AYÇİÇEĞİ	ÇİLEK
YUMURTA AKI	İSPANAK
MISIR UNU	ŞEFTALİ
SARIMSAK	BADEM


Dr. Öğr. Üyesi Aylin KONT ÖZTAN  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hast. Uzmanı





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi



ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
ALLERJİ BİLİM DALI  
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ

Aşağıda belirtilen, çocuğumuz için uygulanması planlanan tıbbi ve/veya tanısal işlemleri anladık ve kabul ediyoruz. Kendi isteğimizle belirtilen işlem(ler)in yapılmasına ve uygulanmasına izin veriyoruz.

Yukarıdaki açıklamalar ışığında,

- Çocuğumuzun hastalığı ve tanısal işlemleri ile ilgili riskleri, bu riskler ortaya çıktığında neler yapılacağını ve sonuçların neler olabileceğini bize verilen bilgilerden öğrendik, anladık ve kabul ediyoruz.
- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. personelinin çocuğumuzun hastalığı ile ilgili çekilen fotoğrafları (kimlik belirleyici olmaksızın), bilgi ve belgeleri, eğitim amaçlı ya da tıbbi araştırmalarda kullanabileceklerini, tıbbi makale ve toplantılarda yayımlayıp sunabileceklerini biliyor ve kabul ediyoruz.
- Çocuğumuzun tanısal işlemi esnasında salonda eğitim amaçlı seyirci bulunmasını kabul ediyoruz.

Hastanın Adı Soyadı:

Hasta Annesinin Adı Soyadı:

İmzası

Tarih:

Tarih:

Hasta Babasının Adı:

Şahit Adı Soyadı:

İmzası

İmzası

Tarih:

Tarih:

Sorumlu Hekimin Adı ve Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Öğr. Üyesi Avin Korkmaz  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



T.C.  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
Mersin Üniversitesi Hastanesi



**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**  
**ALLERJİ BİLİM DALI**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**

Sayın Hastamız/Hasta anne ve babası  
Hasta anne ve babası olarak, çocuğunuzun hastalığı ile ilgili önerilen tıbbi tedaviler veya tanı için yapılacak olan işlemler konusunda bilgilendirilme hakkına sahipsiniz. Bu form sizi bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Çocuğunuzun allerjik olup olmadığının belirlenmesi için bazı tanısal testlerin yapılması gerekmektedir.

**Epidermal Prick Deri Testi** çocuğun yaşı ve hastalığına uygun olarak sayısı ve içeriği değişen ve farklı allerjenler içeren solusyonlarla yapılan deriyi çizme testidir. Bu işlem derinin üst tabakasına verilen az miktarda allerjik maddenin deride bulunan özel antikorlarla bağlanıp reaksiyon vermesi esasına dayanmaktadır. Bu yolla hastanın solunum yoluyla veya besinlerle alınan hangi allerjik madde veya maddelere duyarlı olduğu ortaya çıkarılmaktadır.

**İlaç ile Epidermal ve İntradermal Deri Testleri** çocuğun allerjik olduğu düşünülen ilacın değişik solüsyonlarıyla cildi çizme ve cilt içi enjeksiyon şeklinde yapılan deri testleridir. Bazı ilaç allerjilerinin kesin tanısı için bu işlemin yapılması gereklidir.

**Besin ve İlaç Yükleme Testleri** çocuğunuzun allerjik olduğu düşünülen besin veya ilacın reaksiyon oluşturmayacak kadar çok ufak dozlarda ağızdan veya enjeksiyon yoluyla (ilaçlar için) başlanıp giderek arttırılarak tam doza ulaşılması şeklinde uygulanan bir tanı yöntemidir. Besin ve ilaç allerjilerinin çoğunun kesin tanısı için bu testin yapılması gereklidir.

**Solunum Fonksiyon Testleri ve Bronkoprovokasyon Testleri** çocuğunuzun solunum fonksiyonlarını, havayollarında daralma olup olmadığını ve havayollarının allerjik ve kimyasal maddelere ve ilaçlara duyarlı olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan testlerdir. Özellikle astım tanısında bu testler çok önemli ve hassas tanısal değere sahiptir.

**Tanısal Amaçlı Kan Tetkiklerinin Alınması**  
Çocuğunuz için planlanan tanı işlemleri sırasında ve sonrasında çok nadiren de olsa bölgesel veya genel reaksiyonlar gelişebilir. Çocuğun vücudunun duyarlı olduğu allerjik maddeyle çok ufak miktarlarda da olsa karşılaşması bazı çok hassas bireylerde reaksiyonlara neden olabilir. Bu reaksiyonlar ciltte kızarıklık, kaşıntı, şişlik, hışırtı, öksürme, nadiren de olsa nefes darlığı, hırıltı şeklinde ortaya çıkabilir. Özellikle ilaç testleri sırasında sistemik (tüm vücudu ilgilendiren) reaksiyon gelişme riski vardır. Deri testleri sırasında ise sistemik reaksiyon olma riski milyonda birden daha azdır. Yapılan tüm işlemler sırasında herhangi bir reaksiyon gelişmesi durumunda gerekebilecek tedavi aletleri ve personel ünitemizde hazır bulundurulmaktadır.

Bu test işlemlerinin tümü bittikten sonra doktorunuz sonuçlar ve hastalığıyla ilgili bilgilendirme yapacaktır.





## KORONER ANJİYOGRAFI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ

### HASTANIN

Adı Soyadı : .....

Protokol Numarası : .....

Doğum Tarihi : .....

Telefon Numarası : .....

Adresi : .....

Hastaneye Kabul/Yatış Tarihi : .....

Hastalığın Ön Tanısı/Tanısı : .....

Acil Durumda Onam Almak İçin Ulaşılabilecek Yasal Temsilcilerinin Ad-Soyad ve Tel.

Numaraları

1- .....

2- .....

- ❖ Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- ❖ Önerilen girişim / tedavi hakkındaki bilgi formun ikinci bölümünde mevcuttur.
- ❖ Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- ❖ Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- ❖ Girişim / tedavi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
- ❖ Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

**LÜTFEN BU FORMU DİKKATLİCE OKUYUNUZ VE BİR KOPYASINI ALINIZ.**



## KORONER ANJİOGRAFİ BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA)

### Koronar arter hastalığı nedir, nasıl seyreder ve sebepleri nelerdir?

Kalbimiz yaşamımız boyunca durmaksızın çalışarak tüm organlarımıza kan pompalar. Kalp kası yorulmaz fakat sürekli temiz oksijenden zengin kana ihtiyaç duyar. İşte kalbin bu şekilde çalışabilmesi için sürekli temiz kanla kanlanması gerekir. Kalp kasını besleyen damarlara **Koronar Arterler** diyoruz. Ateroskleroz (damar sertliği) damar duvarında yağ parçacıklarının birikimi ile oluşan ve damarların boşluğunu tıkayarak normal kan akımını engelleyen anormal bir süreçtir. Aterosklerozun koroner arterlerde meydana gelmesi ile oluşan hastalığa Koroner Arter Hastalığı denilmektedir. Ateroskleroz gelişiminde kişisel ve çevresel faktörler rol oynamakta olup kişisel faktörler birinci derece akrabalarda Koroner Arter hastalığı olması, Hipertansiyon, Kolesterol yüksekliği, Şeker Hastalığı olması, yaş ve açıklığa kavuşturulamamış genetik faktörlerdir. Çevresel veya sonradan edinilen risk faktörleri ise sigara kullanımı, yüksek kolesterol içerikli beslenme, stresli ve pasif yaşam şeklidir. Zamanla kalp damarları içerisinde gelişen yağ birikimleri damarlardaki kan akımını engelleyerek kalp kasının beslenmesini bozarak hastanın şikayetlerini başlatmaktadır. En fazla görülen şikayet göğüs ağrısıdır, bunun dışında göğüste daralma, sıkışma, yanmada oluşurabilmektedir. Koroner arterdeki daralma ani şekilde oluşur ve kan akımı başka bir yerden sağlanamazsa kalp krizi (Miyokard enfarktüsü) oluşmaktadır. Beraberinde gelişen ritim bozukluğu ve kalbin pompa gücü çok azalabilir hatta tamamen durabilir ve hasta eğer müdahale edilmezse hayatını kaybedebilir.

### Koronar anjiyografi nedir, neden bu işlemlere gereksinim duyulur?

Koronar Anjiyografi (ayrıca kardiyak kateterizasyon veya anjiyo da denir) tedavi değil, **tanı (teşhis)** yöntemidir. Kalp boşluklarının ve koroner arterlerin kontrast madde (bir çeşit tıbbi boya maddesi) verilmesi sırasında görüntülenmesi ve "X" ışınları kullanılarak hareketli film çekilmesi esasına dayanır. Elde edilen veriler tedavinin yönlendirilmesinde çok kıymetlidir ve çoğu hastada tedavi stratejisinin seçimi için temel belirleyici olmaktadır. Günümüzdeki teknolojik koşullar ve bilgi birikimi sayesinde, adı geçen işlemlerin başarı oranı % 99'un üzerindedir.

### Koronar anjiyografi nerede, nasıl ve kim tarafından yapılır, tahmini süresi nedir?

Koronar Anjiyografi hastanemizin 2. Katında anjiyografi (veya kateter) laboratuvarında yapılmaktadır. Koroner Anjiyografi öncesi 4 saat aç kalınması gereklidir (ilaçlar çok az miktarda su ile alınabilir). Doktorunuzun yapacağı değerlendirmeler sonrası kasık (femoral) veya koldan (radial/brakiyal) yoldan işlem yapılabilir. Hasta anjiyografi laboratuvarına alınmadan önce, daha iyi bir sterilizasyon sağlanabilmesi için kasık bölgesi tıraşının yapılmış olması gerekir. Gereğinde sakinleştirici bir ilaç uygulanır. Koroner anjiyo özel eğitilmiş girişimsel kardiyolog hekimler, hemşireler ve teknisyenden oluşan bir ekip tarafından yapılmaktadır. İşlemin yapılacağı kasık ya da kol bölgesi uyandırılır ve bu bölgedeki atardamara kanül yerleştirilir (giriş yolu açılır). Plastik benzeri maddeden yapılmış ince bir boru (kateter) ile kalp boşluklarına ulaşıp basınç kaydı yapılır; kontrast madde verilerek koroner arterler görüntülenir ve film kayıtları alınır.

Bu işlem 20-30 dakika kadar sürer. İşlem tamamlandıktan sonra kasıktaki/koldaki kanül çıkartılır ve 15-20 dakika süre ile bu bölgeye bası yapılır. Kanamanın durduğu görüldükten sonra oldukça sıkı bir bandaj ile kapatılır. Ancak bazı tıbbi gereklilik hallerinde, kasıktaki kanülün daha uzun süre yerinde muhafaza edilmesi gerekebileceğinden bu uygulama değiştirilebilmektedir. İstisnai durumlar dışında, işlemden 24 saat sonra hastanın günlük yaşamına dönmesine izin verilmektedir.

### Koronar anjiyografi ile ilişkili istenmeyen olaylar (komplikasyonlar) söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?

Koronar Anjiyografi sırasında veya hemen sonrasında, nadir olmakla birlikte, işlemle ilgili sorun ve istenmeyen olaylarla (komplikasyonlarla) karşılaşılabilir. Hastanın klinik durumuna göre değişmekte beraber ciddi komplikasyon oranı %1'in altındadır. Bunlar; Ölüm %0.11, Kalp Krizi %0.05, İnme (Felç) %0.07, Ritim Bozukluğu %0.38, Damarsal problemler %0.43, Kontrast ajan reaksiyonu %0.37, Kalp boşluklarında delinme %0.03 oranında görülmektedir.





**Kalp kateterizasyonu ve anjiyografi neticesine göre karar verilen balon anjiyoplasti ve kalp ameliyatı hemen yapılabilir mi, yapılmalı mıdır?**

Kateterizasyon ve anjiyografi işleminin bir komplikasyonu sebebi ile ya da hastanın incelemeye alınmasına neden olan esas hastalığına yönelik acil müdahale gerekliliğinin tesbiti durumunda, aynı seansta koroner tedavi edici girişim (koroner balon anjiyoplasti, koroner stent uygulamaları vb.) veya acil kalp cerrahisi ihtiyacı olabileceği bilinmelidir. Yukarıda söz edilen acil durumlar dışında, anjiyografinin değerlendirilmesi ile ileri inceleme ya da tedavi yönteminin ne olacağı konusunda karar verilmekte ve hasta bu konuda bilgilendirilerek gerekli girişim ve tedaviler planlanmaktadır. Ancak hastanın onam vermesi ve hekimin uygun görmesi durumunda koroner tedavi edici girişim aynı seansta day yapılabilir.

**Yapılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri nelerdir?**

Koroner anjiyografi sonucunda tespit edilen hastalığınıza yönelik yapmanız gereken yaşam tarzı değişiklikleri doktorunuz tarafından taburcu edilirken anlatılacaktır.

**YUKARIDAKİ "KORONER ANJİOGRAFİ BİLGİLENDİRME FORMU"NU  
OKUDUM VE ANLADIM, BİR KOPYASINI ALDIM (Kendi el yazınız ile aynısını yazınız).**

- ❖ Tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak girişim / tıbbi-cerrahi tedavi konusunda bilgi aldım.
- ❖ Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ❖ Kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle, girişimin / tedavinin, öğretimden sorumlu bir hekim (öğretim üyesi, şef, şef yardımcısı, başasistan, uzman) gözetim ve sorumluluğunda, asistan / araştırma görevlisi doktorlar tarafından da uygulanabileceğini; ama her koşulda girişimi gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyimde olacağını anlıyor ve kabul ediyorum.
- ❖ Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri konusunda bilgilendirildim.
- ❖ Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığıma tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.



Koroner anjiyografi işlemi sonrasında az sıklıkla işlem yapılan damar bölgesinde ağrı, hafif şişlik ve morarma (hematom, ekimoz, psödo-anevrizma) olabilmektedir. Nadiren inme (felç) ve miyokard enfarktüsü gelişme ihtimali vardır. Deneyimli kateter laboratuvarlarında bu olayların ortaya çıkma sıklığı 1000'de 2 civarındadır. Hayati riskin ise 1000'de 2'den düşük olduğu bilinmektedir. Bunlar dışında oluşabilecek bazı komplikasyonlar (acil cerrahi, kalp damarlarında ve boşluklarında delinme, ağır alerjik reaksiyona bağlı tansiyon düşüklüğü, bazı ritim bozuklukları, geçici kalp pili gereksinmesi vb) çok nadir de olsa görülebilmektedir. Kasık bölgesine kanül yerleştirilmesi sırasında veya girişim sonrasında kanülün kasıktan çekilmesine bağlı olarak hissedilen ağrı sebebi ile "vagal reaksiyon" adı verilen geçici tansiyon düşüklüğü ve soğuk terlemeyle seyreden reaksiyonlar gelişebilmektedir (%2). Koldaki kanülün çekilmesi esnasında atardamarda spazm meydana gelebilmektedir. Sayılan bu tür komplikasyonların çoğunun tedavi ile telafi edilmesi imkanı vardır. İşlem sırasında kullanılan ilaçlara bağlı olarak, özellikle de iyotlu kontrast maddeye bağlı olarak böbrek yetersizliği gelişebilir. Böbrek yetersizliği gelişen hastaların çoğunda yetersizlik düzelmekle beraber nadiren hastaların daha sonraki hayatlarında diyaliz tedavisi almaları gerekebilir. Hastanın daha erken ayağa kalkıp taburcu olması bakımından avantajlı olsa bile, koldan anjiyo ve stent işlemi operatör için her zaman kasıktan yapılan işlem kadar kolay ve seri olmayabilir. Koldan anjiyo ve stent yapmanın; gerektiğinde kalın kateterleri kullanamamak, zaman zaman kateterleri (uzun tüpleri) gerekli pozisyonlara yönlendirip sabitlemedeki zorluklardan kaynaklanan üstüste denemeler yapma gerekliliği, buna bağlı olarak bazı hastalarda uzayan işlem süresi ve bunun doğal sonucu olarak hastanın maruz kaldığı radyasyonun artması gibi olumsuz yönleri olabilmektedir.

**Koroner anjiyografinin gerekli olmasına rağmen yapılmaması durumunda ne tür sorunlarla karşılaşılabilir ve yaptırmaya karar verdiğimizde nasıl bir yol izlenmelidir?**

Kalp kateterizasyonu ve anjiyografinin yapılmaması durumunda, hastanın hastalığıyla ilgili yeterli bilgi edinilemeyeceğinden, gerekli olabilecek girişim ve tedavilerin planlanması sağlıklı bir biçimde gerçekleştirilemeyebilecektir. Koroner arter hastalığının (damar sertliği) olup olmadığı öğrenilemediğinden dolayı şikayetin nedeni ortaya çıkarılmayacaktır. Eğer sonradan anjiyografi yaptırmaya karar verilirse kardiyoloji servisine gelerek randevu tarihi olarak anjiyografinizi verilen tarihte yaptırabilirsiniz.

**Koroner anjiyografinin yerini tutabilecek alternatif tetkik yöntemleri mevcut mudur?**

Teknolojideki gelişmelere paralel olarak, kalple ilgili görüntüleme yöntemlerinde de büyük gelişmeler olmakla birlikte, bugün için kalp kateterizasyonu ve anjiyografinin yerini birebir alabilecek, ve bu yöntemler kadar kesin bilgi verebilecek non-invazif (kansız) tanı yöntemleri (bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans yöntemleri ile yapılan incelemeler vb.) bulunmamaktadır.

**Diğer tanı seçenekleri ve muhtemel riskleri nelerdir?**

Her tetkik kalbin değişik bir özelliğini sergiler, yani kalbe farklı açılardan bakar. Hiçbir inceleme yoktur ki, tek başına tüm sorularımızın cevabını verebilsin. Damarlarınızda gerçekten bir sorun olup olmadığı, varsa hangi kalp damarlarında, bu damarların hangi noktalarında ve ne ciddiyette olduğunu gösterecek yegane tetkik koroner anjiyografidir. Efor testi, EKO, miyokard sintigrafisi, tomografi anjiyo gibi testlerden sonra hala ihtiyaç varsa koroner anjiyografiye gidilebilir. Ancak hastanın durumu buniara ihtiyaç göstermeyecek kadar açık ve net şekilde kalp damar probleminde işaret ediyorsa ve hele durumun acil olduğuna dair işaretler de varsa, hiç oyalanmadan en hızlı şekilde doğrudan koroner anjiyo yapıp durumu görmek bazen en doğru seçenektir. Hatta böyle bir durumda efor testi, vb incelemeler zararlı da olabilir. Tomografi anjiyografi gerçekten de koldaki yüzeyel damarlardan ilaç vererek ve birkaç saniye içinde tamamlanan bir çekimle kalp damarları hakkında bilgi verir. Özellikle bazı anatomik zorluklar nedeniyle klasik anjiyografinin zorluk- imkansızlık arz ettiği durumlarda bizlere büyük kolaylık getirmiştir. Ancak bu yöntemin en azından bugün için bazı dezavantajları vardır. İyi görüntü alınabilmesi için hastanın birkaç saniye de olsa nefes tutabilmesi, ritim bozukluğu olmaması, nabzının düşük seviyede olması ve damarlarda ciddi kireçlenme bulunmaması gibi bazı zorunlulukları vardır. Darlık derecesi hakkında abartılı ve stent içi daralmalarda da hatalı sonuçlar çıkabilmektedir. Yüksek olan radyasyon oranı da dikkatli olmak gereken diğer bir noktadır. Diğer yandan, bu yöntemle kalp damarlarında önemli darlıklar bulunduğu anda bu sefer klasik yöntemle bir daha anjiyo olmak gerekmektedir.



**BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.**

<b>Hastanın</b> Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	<b>Bilgilendirmeyi Yapan Hekim</b> Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası
<b>KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN</b> <i>Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.</i> Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	<b>İşlemi Yapan Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası</b>
<b>HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN</b> Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	



**ÖNERİLEN GİRİŞİMİ / TEDAVİYİ REDDETME**  
**BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL**  
**ETMİYORUM.**

<b>Hastanın</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	<b>Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Ünvanı,</b> <b>Adı-Soyadı ve İmzası</b>
<b>KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.)</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	
<b>HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VEVEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	





**PERKUTAN KORONER GİRİŞİMLER (KORONER BALON VE STENT TEDAVİSİ) İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ**

**HASTANIN**

Adı Soyadı : .....

Protokol Numarası : .....

Doğum Tarihi : .....

Telefon Numarası : .....

Adresi : .....

Hastaneye Kabul/Yatış Tarihi : .....

Hastalığın Ön Tanısı/Tanısı : .....

Acil Durumda Onam Almak İçin Ulaşılabilecek Yasal Temsilcilerinin Ad-Soyad ve Tel.

Numaraları 1- .....

2- .....

- ❖ Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- ❖ Önerilen girişim / tedavi hakkındaki bilgi formun ikinci bölümünde mevcuttur.
- ❖ Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- ❖ Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- ❖ Girişim / tedavi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
- ❖ Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

**LÜTFEN BU FORMU DİKKATLİCE OKUYUNUZ VE BİR KOPYASINI ALINIZ.**



## PERKUTAN KORONER GİRİŞİMLER (KORONER BALON VE STENT TEDAVİSİ) İÇİN BİLGİLENDİRME (AYDINLATMA)

### **Koronar arter hastalığı nedir, nasıl seyreder ve sebepleri nelerdir?**

Kalbimiz yaşamımız boyunca durmaksızın çalışarak tüm organlarımıza kan pompalar. Kalp kası yorulmaz fakat sürekli temiz oksijenden zengin kana ihtiyaç duyar. İşte kalbin bu şekilde çalışabilmesi için sürekli temiz kanla kanlanması gerekir. Kalp kasını besleyen damarlara **Koronar Arterler** diyoruz. Ateroskleroz (damar sertliği) damar duvarında yağ parçacıklarının birikimi ile oluşan ve damarların boşluğunu tıkayarak normal kan akımını engelleyen anormal bir süreçtir. Aterosklerozun koronar arterlerde meydana gelmesi ile oluşan hastalığa Koronar Arter Hastalığı denilmektedir. Ateroskleroz gelişiminde kişisel ve çevresel faktörler rol oynamakta olup kişisel faktörler birinci derece akrabalarda Koronar Arter hastalığı olması, Hipertansiyon, Kolesterol yüksekliği, Şeker Hastalığı olması, yaş ve açıklığa kavuşturulamamış genetik faktörlerdir. Çevresel veya sonradan edinilen risk faktörleri ise sigara kullanımı, yüksek kolesterol içerikli beslenme, stresli ve pasif yaşam şeklidir. Zamanla kalp damarları içerisinde gelişen yağ birikimleri damarlardaki kan akımını engelleyerek kalp kasının beslenmesini bozarak hastanın şikayetlerini başlatmaktadır. En fazla görülen şikayet göğüs ağrısıdır, bunun dışında göğüste daralma, sıkışma, yanmada oluşturabilmektedir. Koronar arterdeki daralma ani şekilde oluşur ve kan akımı başka bir yerden sağlanamazsa kalp krizi (Miyokard enfarktüsü) oluşmaktadır. Beraberinde gelişen ritim bozukluğu ve kalbin pompa gücü çok azalabilir hatta tamamen durabilir ve hasta eğer müdahale edilmezse hayatını kaybedebilir. Koronar damarların yapısını en iyi gösteren tanı aracı koronar anjiyografidir. Koronar anjiyografi işlemi sonrasında herhangi bir işlem yapılmaksızın ilaç tedavisine karar verilebilir. Uygun darlık veya tıkanıklıkları açmak için balon anjiyoplasti ve/veya stent (çelik kafes) uygulanabilir ya da koronar bypass ameliyatı önerilebilir.

### **Perkutan Koronar Girişim nedir, neden bu işlemlere gereksinim duyulur?**

Ameliyatsız, ciltten bir damar yoluyla girilerek koronar damarları açmada kullanılan balon anjiyoplasti-stent ve diğer işlemlere "perkutan koronar girişim" (PKG) denir. Koronar kalp hastalarının yaklaşık 1/3'ü PKG ile tedavi edilir.

### **Perkutan Koronar Girişim nerede, nasıl ve kim tarafından yapılır, tahmini süresi nedir?**

Perkutan Koronar Girişim hastanemizin 2. Katında anjiyografi (veya kateter) laboratuvarında yapılmaktadır. Perkutan Koronar Girişim öncesi 4-8 saat aç kalınması gereklidir (ilaçlar çok az miktarda su ile alınabilir). Doktorunuzun yapacağı değerlendirmeler sonrası kasık (femoral) veya koldan (radial/brakiyal) yoldan işlem yapılabilir. Hasta anjiyografi laboratuvarına alınmadan önce, daha iyi bir sterilizasyon sağlanabilmesi için kasık bölgesi tıraşının yapılmış olması gerekir. Gereğinde sakinleştirici bir ilaç uygulanır. Perkutan Koronar Girişim özel eğitilmiş girişimsel kardiyolog hekimler, hemşireler ve teknisyenden oluşan bir ekip tarafından yapılmaktadır. Anjiyografi gibi kasık ya da koldaki atardamara girilir ve kalp damarına girildikten sonra tıkalı damarındaki darlık özel teller yardımı ile geçilir ve sonra balon ile stent işlemi başlar.

### **Balon Anjiyoplasti İşlemi**

Koronar Balon Anjiyoplasti, koronar anjiyografi sonucunda hastalıklı damarına balon uygulaması kararı alınan hastalara, aynı seansta işleme devam ederek veya daha sonraki bir



### **İşlemlerle ilişkili başka hangi riskler vardır?**

- Lokal anestezi veya kontrast maddeye (işlemlerde kullanılan tıbbi boya maddesi) karşı alerjik reaksiyon
  - Kontrast maddeye bağlı böbrek işlevlerinde bozukluk
  - Cerrahi girişim veya kan transfüzyonu gerektiren aşırı kanama
  - Girişim yerinde kateterin yol açtığı damar
  - Kalp veya damarlardan pıhtı kopması ve beyine gitmesi ile meydana gelen felç
- Perkutan Koroner Girişimin gerekli olmasına rağmen yapılmaması durumunda ne tür sorunlarla karşılaşılabilir ve yaptırmaya karar verdiğimizde nasıl bir yol izlenmelidir?**

Müdahale gerektirecek kadar ciddi olan darlığın tedavisiz bırakılması durumunda ani ölüm, kalp krizi ve sonrasında kalp yetmezliği gelişebilir. Tekrar yaptırmaya karar verdiğinizde kardiyoloji polikliniğimize başvurarak randevu veya yatış işlemi planlanması gerekmektedir.

### **Perkutan Koroner Girişimin yerini tutabilecek alternatif tedavi yöntemleri mevcut mudur ve riskleri nelerdir?**

Kalp krizi durumu (Akut Koroner Sendrom) varsa doktorunuzun değerlendirmesi neticesinde tedavi PKG veya bypasstır. Ama Stabil koroner arter hastalığı denilen durumlarda balon/stent yapmadan bir müddet ilaç tedavisi kullanılabilir. Ancak bu ilaç tedavisi damar darlığının kesin tedavisi değildir ve ilaç tedavisine rağmen kalp krizi riski tamamen engellenemez. Eğer sol ön inen arterde (LAD) darlık varsa alternatif olarak bypass (açık kalp ameliyatı) yöntemi uygulanabilir. Açık kalp ameliyatının kalp krizi, felç ve ölüm ile ameliyata bağlı komplikasyonları olabilmektedir. Ama LAD damarında problem yoksa bypass önerilmez tedavi PKG'dir.

### **Hastaneden taburcu olduktan sonra şu durumlarla karşılaşmanız durumunda acil olarak doktorunuzu arayınız**

- Yeni gelişen göğüs ağrısı ve ağrının artması
- Ateş
- Nefes darlığı
- Girişim yapılan bacak veya kolda, giriş yerinden kanama veya büyük şişlik ile birlikte morarma gelişmesi

### **Yapılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri nelerdir?**

Perkutan koroner girişim sonrasında yapmanız gereken yaşam tarzı değişiklikleri doktorunuz tarafından taburcu edilirken anlatılacaktır. Bunlar genel olarak yağlı yiyeceklerden uzak durmak, fiziksel egzersiz yapılması, kilo kontrolü ve sigarayı bırakmaktır.





seansta daralmış veya tıkalı damarı açmak için yapılan tedavi girişimidir. Balon dilatasyon (balonla genişletme) işlemi kardiyak kateterizasyon laboratuvarında, anjiyografi işleminde kullanılan kateterlere (ince uzun, yumuşak plastik tüpler) benzer yapıda olan ve bu işlem için tasarlanmış kateterler kullanılarak yapılır. Damar içerisindeki darlık bölgesinde özel tasarlanmış balonun kontrollü olarak şişirilmesi ile darlıklar giderilir. Balon şişirilince, plakları arter duvarına doğru iter. Balon çıkarıldıktan sonra tıkalı bölgeden tekrar kan akımı sağlanmış olur. İşlem genellikle yarım saatten daha kısa sürer. Artık balon yapılan hastalara genelde stentleme işlemi de yapılmaktadır. Nadiren bazı hastalarda sadece balon işlemi yeterli olmaktadır.

### **Koroner Stent**

Balon tedavisinde karşılaşılan bazı zorlukları gidermek ve açılan damarda daha iyi bir kan akımı sağlamak için koroner stentler geliştirilmiş ve 90'lı yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Koroner Stent (çelik tel kafes), koroner damarlarda balon tedavisinden sonra veya bazen balon yapılmadan direkt damar iç duvarına monte edilen sistemdir. Daralmış bölgenin uzunluğuna göre bir veya daha fazla stent gerekebilir. Haftalar içinde bu stentlerin üzeri endotel tabakası ile kaplanır ve stent damar duvarında yaşam boyu kalır. Yıllar içinde teknolojik olarak daha iyi kalitede stentlerin yapılması ile bu girişim By-Pass ameliyatı gereksinimini bir miktar azaltmıştır. Balon ve stent uygulamasında başarı oranı %90-95 arasındadır. Altı aylık süreç içinde %5-20 olasılıkla tekrar daralma (restenoz) olabilmektedir. Stent içinde daralma olması durumunda tekrar balon veya stent uygulanabilmektedir. Stent takma işlemi sonrası hastanın durumuna göre koroner yoğun bakım ünitesine alınabilir. Hastanede kalma süresi genelde 1-2 gündür. İşlem yapıldıktan sonraki ilk 6 -12 saat boyunca işlem yapılan bacağın düz tutulması çok önemlidir.

### **Diğer Girişimler**

Bazı özellikli perkutan koroner girişimler vardır. Bunlar; uzun süreli tıkalı (CTO, kronik total oklüzyon), çatallı damarlar (bifurkasyon) ve bypass damarlarına yapılan işlemlerin süresi daha uzun, daha komplekstir ve daha özellikli cihazlar gerektirir. Damardaki darlık bölgesinin kıvrımlı, düzensiz cidarlı, uzun, kireçli, pürüzlü yapıda olması ve balon/ stent ile yeterli açıklığın sağlanamadığı ya da sağlanamayacağı durumlarda kullanılabilecek başka girişim çeşitleri de vardır. Bunlar: Darlığı yakarak açan lazer; çok yüksek devirle dönerek ucundaki küçük top üzerine yerleştirilmiş kristal çıkıntılarla darlığı açan rotablatör; darlıktaki pürüzlü yapıları keserek temizleyen aterektomidir.

### **Balon Anjioplasti, Koroner Stent ve Diğer İşlemlerin ile ilişkili istenmeyen olaylar (komplikasyonlar) söz konusu olabilir mi, işlemin riski nedir?**

Her girişimsel işlemin belli oranda bir riski vardır. Balon anjiyoplasti ve stent işleminin komplikasyon (istenmeyen olay veya sonuç) riski düşüktür. Ani damar tıkanması (akut oklüzyon), işlem sırasında ve işlemden sonraki ilk 24 saat içerisinde stent takılan damarda tıkanma ile ortaya çıkar. Bu tıkanma riski giderek azalmakla birlikte 28.güne kadar devam etmektedir (Subakut oklüzyon). Bu riski en düşük seviyeye çekmek amacıyla stent takılan kişilerde, hekimin önereceği coraspin ve diğer kan sulandırıcı (Klopidogrel, Tikagrelor Veya Prasugrelden biri) ilaçların birlikte kullanılması zorunludur. Coraspin ve diğer kan sulandırıcının kullanım süresi genel olarak 12 aydır ancak doktorunuz klinik durumunuza göre bu süreye karar verecektir. Doktorunuza sormadan **KESİNLİKLE** coraspin ve diğer kan sulandırıcıdan birinin kesilmemesi gerekmektedir. Diğer komplikasyonların çoğu ani damar tıkanmasından kaynaklanır: Kalp krizi (%1-2), Ani ölüm (%1'den daha az), Acil bypass cerrahisi gereği (%1'den az).





**YUKARIDAKİ "PERKUTAN KORONER GİRİŞİM BİLGİLENDİRME FORMU"NU OKUDUM VE ANLADIM, BİR KOPYASINI ALDIM (Kendi el yazınız ile aynısını yazınız).**

- ❖ Tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak girişim / tıbbi-cerrahi tedavi konusunda bilgi aldım.
- ❖ Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyorum ve kabul ediyorum.
- ❖ Kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle, girişimin / tedavinin, öğretimden sorumlu bir hekim (öğretim üyesi, şef, şef yardımcısı, başasistan, uzman) gözetim ve sorumluluğunda, asistan / araştırma görevlisi doktorlar tarafından da uygulanabileceğini; ama her koşulda girişimi gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum.
- ❖ Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri konusunda bilgilendirildim.
- ❖ Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığıma tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
KARDİYOLOJİ A.D.  
ANEMNEZ FORMU

529175 - 3000



**HASTA KABUL BİLGİLERİ**

Adı Soyadı :  
Yaşı :  
Yatış Tarihi :  
Telefon :

**EKOKARDİYOGRAFI**

**YATIŞ ÖN TANISI:**

**HASTA ÖYKÜSÜ**

KAH / Geç.MI : KAG yıl/sonuç :  
Geç.SVO :  
PAH : CABG yıl /sonuç :  
DM : Böbrek Hastalığı :  
HT : Alerji :  
Hiperlipidemi : Hepatit :  
Sigara : Diğer :  
Aile öyküsü : **İLAÇLAR** :

**MEVCUT YAKINMA**

Göğüs ağrısı: Şekli : Ne zamandır var :  
Süresi : Efor ile ilişkisi :  
Sıklığı : Postprandial ağrı :  
Yeri : Yayılımı :

Nefes darlığı: Süresi: Ne zamandır var :  
Sıklığı: Efor ile ilişkisi :  
Ortopne: PND :

Çarpıntı : Öksürük :  
Senkop : Siyanoz :  
Noktüri : Hemoptizi :  
Poliüri :  
Kladikasyon :

**FİZİK MUAYENE**

KVS :

Solunum Sistemi :

Abdomen :

Ödem :

Nabızlar :

**HASTAYA YAPILAN YÜKLEME :**

CHA2DS2-VASc : **EKG** :  
HAS-BLED :  
GRACE : **BMI** :



**BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.**

<b>Hastanın</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	<b>Bilgilendirmeyi Yapan</b> <b>Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve</b> <b>İmzası:</b>
<b>KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN</b> <i>Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.</i> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	<b>İşlemi Yapan Hekim Ünvanı,</b> <b>Adı- Soyadı ve İmzası:</b>
<b>HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	



**GİRİŞİM / TEDAVİ İÇİN VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME**  
**BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASI İÇİN**  
**VERDİĞİM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ**  
**ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ**

**RIZAMLA**  
**GERİ ÇEKİYORUM.**

<b>Hastanın</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	<b>Bilgilendirmeyi Yapan Hekim</b> <b>Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası</b>
<b>KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.)</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	
<b>HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN</b> <b>Adı-Soyadı :</b> <b>İmzası :</b> <b>Tarih ve Saat :</b>	





### GİRİŞİM / TEDAVİ İÇİN VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASI İÇİN  
VERDİĞİM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ  
ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA  
**GERİ ÇEKİYORUM.**

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN ( <i>Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.</i> ) Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	
HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VE/VEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	



**ÖNERİLEN GİRİŞİMİ / TEDAVİYİ REDDETME**  
**BU FORMDA TANIMLANAN GİRİŞİMİN / TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL**  
**ETMİYORUM.**

<b>Hastanın</b> Adı-Soyadı : İmzası : Tarih ve Saat :	<b>Bilgilendirmeyi Yapan Hekim</b> Ünvanı, Adı-Soyadı ve İmzası:
<b>KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (Hastanın Velisi/Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.)</b> Adı-Soyadı İmzası : Tarih ve Saat :	
<b>HASTANIN BİLGİLENDİRİLDİĞİNE VEVEYA OKUMA-YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN İŞLEMİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN</b> Adı-Soyadı : İmzası : Tarih -Saat :	





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ



AMELİYATHANE VAKA SONU TEMİZLİK DENETİM FORMU

TARİH: ... / ... / 20 .....								
DENETLENEN AMELİYAT ODASI:								
AMELİYAT ARASI TEMİZLİK KONTROL								
	vaka 1	vaka 2	vaka 3	vaka 4	vaka 5	vaka 6	vaka 7	vaka 8
Denetleyen ( Ad ve Soyad ilk harfleri)								
Kullanılan bez pas pas temiz ve sayısı yeterli mi?								
Kullanılan solüsyonlar oda için yeni hazırlanmış mı?								
Kan ve vücut sıvıları ıslak bezle uzaklaştırılmış mı?								
Kan ve vücut sıvıları ile kirlenmiş bölgeye dezenfektan sıkılmış ve temiz alandan dezenfeksiyon sıkılmış alana doğru temizlik yapılmış mı?								
Çöpler kırmızı poşete atılıp, ağzı kapalı uzaklaştırılmış mı?								
Ameliyat lambası temizlenmiş mi?								
Koter üzeri silinmiş mi?								
Alet masaları temizlenmiş mi?								
Ameliyat masası üzeri/altı silinmiş mi?								
Kirli aspiratör torbası çıkarılmış, yüzeyi silinmiş ve yeni Torba takılmış mı?								
Temizlik temizden kirliye doğru yapılmış mı?								
Odanın genel düzeni sağlanmış mı?								
Zemine paspas ve mop çekilmiş mi?								
Kullanılan kurşun gömlekler silinmiş mi?								
Anestezi cihazı ve kabloları silinmiş mi?								
Hasta Çıkartılıyla Bulaşı Olmuş Yerler ( <u>Kan, İdrar vb.</u> )	Su İle Temizlik Yapıldıktan Sonra 1 lt Suya 3.5 tablet (5.000 ppm)							
Ünitenin Genel günlük temizliği,	3 lt Suya 2 tablet (1000 ppm)							
DENETLEYEN: Ad Soyad								



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ



## AMELİYATHANE GÜN SONU TEMİZLİK FORMU

TARİH:...../...../20.....

### GÜN SONU TEMİZLİK KONTROLÜ

1.oda 2. oda 3. oda 4. oda 5. oda 6. oda 7. oda 8. oda 9. oda 10. oda 11. oda 12. oda 13. oda 14. oda 15. oda 16.oda 17.oda 18.oda 19.oda 20.oda 21.oda

Kullanılan bez paspas temiz ve sayısı yeterli mi?

Kullanılan solüsyonlar oda için yeni hazırlanmış mı?

Odada bulunan tüm portabl malzemeler dışarı çıkarılıp silinerek içeri Alınmış mı?

Çöpler kırmızı poşete atılıp, ağzı kapalı uzaklaştırılmış mı?

Malzeme dolapları temizlenmiş mi?

Ameliyat lambası temizlenmiş mi?

Koter üzeri silinmiş mi?

Alet masaları temizlenmiş mi?

Kapı kapı kolları ve duvarlar silinmiş mi?

Çöp kutuları temizlenmiş mi?

Tüm cerrahi el yıkama lavabolarının mekanik temizliği yapıp dezenfeksiyonu sağlanmış mı?

Kurşun gömlekler silinmiş mi?

Kirli çamaşır arabaları temizlenmiş mi?

Temizlik arabaları silinmiş, paspas kovaları yıkanmış ve düzenlenmiş mi?

Koridorda bulunan cihazlar silinmiş mi?

Koridor kapıları silinmiş mi?

Steril odasının zemini silinmiş ve düzeni sağlanmış mı?

Sıvı sabunluklar her boşaldığında yıkanmış mı?( bitmeden üzerine eklenmemiş )

Bilgisayar ve telefon silinmiş mi?

Hasta Çıkartılarıyla Bulaşı Olmuş Yerler (Kan, İdrar vb.)

Su ile Temizlik Yapıldıktan Sonra  
**1 lt Suya 3.5 tablet (5.000 ppm)**

Ünitenin Genel günlük temizliği,

**3 lt Suya 2 tablet (1000 ppm)**

DENETLEYEN:  
Ad Soyad





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ



## AMELİYATHANE HAFTALIK TEMİZLİK DEFTERİ

TARİH:...../...../20.....

### HAFTALIK KONTROL

1.oda 2. oda 3. oda 4. oda 5. oda 6. oda 7. oda 8. oda 9. oda 10. oda 11. oda 12. oda 13. oda 14. oda 15. oda 16.oda 17.oda 18.oda 19.oda 20.oda 21.oda

Kullanılan bez paspas temiz ve sayısı yeterli  
Odada bulunan tüm portabl malzemeler dışarı çıkarılıp silinerek içeri alınmış

Çöpler kırmızı poşete atılıp, ağzı kapalı uzaklaştırılmış

Malzeme dolapları temizlenmiş

Ameliyat lambası, masası temizlenmiş

Ameliyat lambası temizlenmiş mi?

Koter üzeri silinmiş mi?

Kapılar silinmiş

Duvar da leke yok

Havalandırma panelleri temizlenmiş

Çöp kutuları yıkanmış

Zemine paspas ve mop çekilmiş

Kurşun gömlekler yıkanmış

Tüm kablolar silinmiş ve düzenlenmiş

Tüm cerrahi el yıkama lavabolarının mekanik temizliği yapıp dezenfeksiyonu sağlanmış

Haşere ilaçlaması yapılmış (İKİ HAFTADA BİR)

Steril set odasının rafları silinmiş ve düzenlenmiş

Steril set odasındaki buzdolapları temizlenmiş

Kirli çamaşır arabaları temizlenmiş

Temizlik arabaları silinmiş ,paspas kovaları yıkanmış ve düzenlenmiş

Odadaki çıkarılmayacak malzeme dolap ve cihazları çekilerek alt zemin temizlenmiş

Bilgisayar ve telefon silinmiş

DENETLEYEN KİŞİ:



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.



## Çocuk Yoğun Bakım

### TIBBİ TEDAVİ İŞLEM VE GİRİŞİMLER İÇİN BİLGİLENDİRME ve RIZA (ONAY) FORMU

Sayın Ebeveyn,

Çocuğunuz hastalığının ağırlığı nedeni ile Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırılmıştır. Bu üniteye hastalıkları yoğun bakım veya tedavi gerektiren hayati tehlikesi çok yüksek olan çocuklar yatmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde yatan ağır hasta bir çocuğu hayatta tutabilmek için çok değişik tedavilerin yapılması ve ilaçların verilmesi gerekebilir. Bunlar aşağıdakileri ve gerekirse başka tedavi / girişimleri içerebilir:

- Nefes almasına yardım etmek ve gerekirse suni solunum cihazına bağlamak için nefes borusuna tüp yerleştirilmesi,
- Büyük damarlara takılacak kateterler (merkezi damarlarda basınç ölçümü, ilaç verilmesi yada kan alınması amacıyla)
- Atardamarlara yerleştirilecek kateterler (sürekli kan basıncı ölçümü ve kan gazları takibi yapmak için)
- İdrar sondası takılması
- Değişik vücut boşluklarından (belden sıvı alma(LP yapmak),karından veya akciğerlerden )sıvı örnekleri alınması (tanı veya tedavi amacıyla)
- Kan ve kan ürünlerinin verilmesi
- Sık kan alınması yada damar yolu açılması
- Diyaliz yapılması (kandaki zehirleri temizlemek için)
- Değişik ilaçların verilmesi

Tüm tedavilerin, girişimlerin ve ilaçların amacı hastayı tedavi etmek veya öncelikle hayatta tutmaktır. Ancak unutulmamalıdır ki her tedavinin her girişimin ve her ilacın yan etkileri veya riskleri vardır. Özellikle hastalık ne kadar ağırsa yapılan tedavilerde kullanılan ilaçlarda o kadar riskli olacaktır. Bu girişimlerin yapılması her zaman için beraberinde bir takım riskleri de getirir. Hastada bu girişimlere bağlı kanama, enfeksiyon, ani solunum durması veya solunum yetmezliği, dolaşım bozulması, çok nadiren uzuv yada organ kayıpları, kalp durması ve ölüm gibi komplikasyonlar veya sorunlar görülebilir.

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine kabul, herhangi bir hastalığın veya durumun iyileşeceğine dair garanti oluşturmaz.

Girişimlerin sırasında hasta başınızda bulunmanız, mikropsuz ortamı bozabileceği yada sağlık personelinin işlerini engelleyebileceği için uygun değildir. Herhangi bir ilaç, yiyecek yada maddeye karşı çocuğunuzun alerjisi varsa ,çocuğunuzla ilgili takip ,tedavi ve işlemleri etkileyebileceğini düşündüğünüz herhangi bir bilginiz var ise doktora haber veriniz!

Yukarıdaki bilgiyi okudum ve anladım /Yukarıdaki yazı bana .....tarafından okundu, bende dinledim ve anladım. Yasal velisi yada vasisi olduğum çocuğum..... un, Teşhis, tedavi ve takibi için gerekli tüm işlem girişimlerin yapılmasını Yukarıda yazılı tüm risklerle birlikte kendi rızamla kabul ediyorum ...../...../20...

Hasta Yakını :  
Adı Soyadı :  
Yakınlık derecesi :  
İmza :

Şahit :  
Adı Soyadı :  
İmza :

Doktor:  
Adı Soyadı :  
İmza :



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
Radyasyon Onkolojisi A.D.



	<b>8.1.5. Radyoterapi uygulaması</b>	Aynı gün içinde birden fazla radyoterapinin uygulanması halinde, en fazla bir adet radyoterapi uygulaması faturalandırılır.
	<b>8.1.5.B. Lineer akseleratör (Foton veya elektron) ile yapılan radyoterapi uygulaması</b>	
800440	Lineer akseleratör radyoterapi ile IMRT veya Tomoterapi uygulamaları, her bir seans	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, stereotaktik radyoterapi uygulamaları bu grupta değerlendirilir.
804040	BT, radyoterapi planlaması için tomog.	
	<b>8.1.2.B. Brakiterapi tasarımı</b>	
800114	Konformal brakiterapi tasarımı	BT, MR görüntüleri klavuzluğunda hedef ve kritik organların kontrol edilerek 3 boyutlu ve Doz Volüm Histogram (DVH) aracılığı ile uygulanan tedaviler.
	<b>8.1.4. Medikal radyasyon fiziği, dozimetre, tedavi aletleri ve özel hizmetler</b>	
	<b>8.1.4.B. Brakiterapi doz hesapları</b>	Tüm tedavi süresince; (b), (c) ve (d) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. (a), (b), (c) ve (d) en fazla bir kez faturalandırılır.
800240	b) Basit brakiterapi doz hesapları	Bir planda 1-4 arası kaynak veya tel aplikasyonu veya 1-8 arası kaynaklı afterloading uygulamalarının izodoz hesapları.
800250	c) Orta brakiterapi doz hesapları	Multiplan doz hesapları, 5-10 kaynak veya telin aplikasyonu veya 9-12 kaynaklı afterloading uygulamalarının izodoz hesapları.
800260	d) Kompleks brakiterapi doz hesapları	Multiplan İzodoz Planı, 10'dan fazla kaynak-tel aplikasyonu veya 12'den fazla kaynakla yapılan afterloading doz hesapları.
	<b>8.1.5.D.2. After-Loading brakiterapi uygulamaları</b>	Bu grup işlemlerden bir hastaya her seans için sadece bir tanesi faturalandırılır.
800560	After-loading brakiterapi uygulaması:1-4 arası kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı	
800570	After-loading brakiterapi uygulaması:5-8 arası kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı	
800580	After-loading brakiterapi uygulaması: 9-12 arası kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı	
800590	After-loading brakiterapi uygulaması:12'den fazla kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı	





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
Radyasyon Onkolojisi A.D.



## İŞLEM LİSTESİ

	<b>8.1.1. KLİNİK ONKOLOJİK DEĞERLENDİRME</b>	Hastanın Radyasyon Onkoloğu tarafından ilk konsültasyonu, hastanın tedavi öncesi değerlendirilmesi, tedavi kararının verilmesi ve tedavi bitimine kadar olan bakım ve kontroller ile "9. Laboratuvar İşlemleri" başlığındaki işlemleri kapsar. Tüm tedavi boyunca bir kez faturalandırılır.
800010	10 tedavi günü ve altındaki tedaviler	
800020	11-20 tedavi günü süreli tedaviler	
800030	21-30 tedavi günü süreli tedaviler	
800040	30 tedavi gününden uzun süreli tedaviler	
	<b>8.1.2. Radyoterapi tasarımı</b>	
	<b>8.1.2.A. Eksternal radyoterapi tasarımı</b>	Tüm tedavi süresince (a), (b), (c), (d) ve (e) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. Her bir işlem en fazla bir kez faturalandırılır.
800110	e) IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında eksternal radyoterapi tasarımı	Inverse planning ve farklı doz yoğunlukları ile yapılan çok alanlı tedavileri içerir. Streotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.
	<b>8.1.3. Radyoterapi planlama (Simülasyon)</b>	Tüm tedavi süresince (a), (b), (c), (d) ve (e) işlemleri birlikte fatura edilemez. (a), (b), (c) işlemleri en fazla bir kez, (d) ve (e) işlemleri gerekçesi belirtilmek kaydıyla toplam en fazla 3 kez ücretlendirilebilir. Konvansiyonel röntgen cihazları ile yapılan simülasyonlar basit kategoride faturalandırılır.
800160	e) IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında Radyoterapi planlama	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, streotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.
	<b>8.1.4. Medikal radyasyon fiziği, dozimetre, tedavi aletleri ve özel hizmetler</b>	
	<b>8.1.4.A. Eksternal radyoterapi doz hesapları</b>	Tüm tedavi süresince; (b), (c) ve (d) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. (a), (b), (c) ve (d) en fazla bir kez faturalandırılır. (e) ve (f) planlama sayısı kadar faturalandırılır.
800220	f) IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında eksternal radyoterapi doz hesapları	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, streotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.
	<b>8.1.4.C. Özel hizmetler ve yardımcı aletler</b>	
800280	Basit tedavi aletleri tasarım ve yapımı	Termoplastik Fiksasyon Maskeleri
800290	Orta tedavi aletleri tasarım ve yapımı	Kişiyeye özgü blok yapımı ve/veya kişiyeye özgü protez yapımı veya kişiyeye özgü bolus üretimi ve/veya tüm vücut fiksasyonuna yönelik kalıp tasarım ve yapımı, her bir malzeme için. Tüm tedavi süresince en fazla bir kez faturalandırılır.
800320	Digital	800310 ile birlikte faturalandırılmaz. Faturalandırma için görüntülemenin yapıldığı tarih ve sayıların bilgisayar çıktısı gerekir.





### RADYOTERAPİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Soyadı:	Protokol:	Doğum Tarihi: ___/___/___
Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Tarih : ___/___/___	Saat : ___:___

#### SORUMLU DOKTORUN BEYANI

Tanı / Ön tanı:
Tedavi Planı:

Sayın hastamız/hasta yakınımız, bu form hasta hakları mevzuatı uyarınca tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı, tedavi ve bakımı için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler ve bu işlemlerin olası riskleri hakkında bilgi sahibi olmanız için hazırlanmıştır. Bunların etkileri ve sonuçları birtakım genellikler arz etmekle birlikte, kişiden kişiye farklılıklar da gösterebilir veya aşağıda belirtilenlerle sınırlı kalmayabilir. Bu bağlamda, hekimlerimizin ve sağlık görevlilerimizin sorularına tam, doğru ve eksiksiz cevaplar verilmiş olması son derece önem taşır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra, önerilen tanı ve tedaviyi kabul etmek veya etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Bu formun amacı sizi endişelendirmek, korkutmak veya yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak değil, sağlığınızla ilgili konulara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmek ve onayınızı almaktır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınızla ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size verilecektir.

Dr. Adı Soyadı (el yazısı ile):

Tarih:

İmzası:

#### İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Tedavi planlamaya yardımcı olması amacıyla bilgisayarlı tomografi, gerekli ise ek görüntü (MR, PET\_CT) çekilecek, gereğinde radyopak madde kullanılacak, vücuda işaretlerle ile tedavi planlama yapılacaktır. Radyoterapi sırasında ışınlanan bölgeye göre çeşitli yan etkiler olabilir. Bu yan etkilerin takibini haftalık olarak klinikte görevli hemşire yapacak ve gerekli gördüğü hallerde doktora bilgi verecektir. Oluşabilecek yan etkilerin tedavisi amacıyla ilaç verilebilir ve ciddi bir yan etki geliştiğinde tedavinize ara verilebilir.

Geçici yan etkilerin yanı sıra radyoterapiye ve ışınlanan bölgeye bağlı olarak tedavi bitiminden 6 ay-1 yıl sonra çeşitli geç yan etkiler ortaya çıkabilir ve bunların bazıları kalıcı olabilir.

Aşağıda belirtilen yan etkiler tedaviniz sırasında ve sonrasında değişen oranlarda ortaya çıkabilir.

#### Baş boyun bölgesi için;

##### Erken etkiler (radyoterapi devam ederken);

- Kulak ağrısı, baş-boğaz ağrısı, saç dökülmesi, baş dönmesi, bulantı-kusma, halsizlik
- Ciltte kızarıklık, yaş ve kuru soyulma, dermatit
- Kulak iltihabı (seröz otit), kulak çınlaması, işitme kaybı
- Gözde kızarıklık, konjonktiva iltihabı, kuru göz, keratit, göz tansiyonu, iritis, görme kaybı
- Mukoza iltihabı ve ağrılı yutma, tat kaybı, iştahsızlık
- Ağız kuruluğu, tükrük salgısında koyuluk
- Ses kısıklığı, öksürük
- Kan hücrelerinde azalma

##### Geç etkiler (radyoterapi tamamlandıktan ortalama 6 ay sonra);

- İşitme kaybı, orta ya da iç kulak hasarı
- Hormonal yetersizlikler
- Göz ve görme alanı problemleri: Retina, kornea, lens, optik sinir etkilenmesine göre değişir (lens ışınlamasından sonra katarakt oluşumu, optik kiazma ve sinir hasarına bağlı görme keskinliğinde azalma, görme alanı bozukluğu, görme kaybı).
- Hafıza kaybı, beyin hasarı, subakut dönemde geçici (demyelinizasyona bağlı) nörolojik bozukluklar olabilir.
- Ciltte kılcıl damarlarda belirginleşme, cilt altı doku hasarı (fibrozu, cilt ülserasyonu, nekrozu)
- Çene eklemde hareket zorluğu
- Tiroid fonksiyon bozukluğu
- Ses kalitesinde bozulma, ödem, ağız kuruluğu, diş çürüğü
- Kıkırdak doku hasarı, mandibula hasarı ve ikincil tümörler



**Beyin bölgesi için;**

**Erken etkiler (radyoterapi devam ederken);**

Kulak ağrısı, baş-boğaz ağrısı, saç dökülmesi, baş dönmesi, bulantı-kusma, halsizlik

Ciltte kızarıklık, yaş ve kuru soyulma, dermatit

Kulak iltihabı (seröz otit), tinnitus, işitme kaybı

Gözde kızarıklık, konjonktiva iltihabı, kuru göz, keratit, glokom, iritis, görme kaybı

Kan hücrelerinde azalma

**Geç etkiler (radyoterapi tamamlandıktan ortalama 6 ay sonra);**

İşitme kaybı, orta ya da iç kulak hasarı

Hormonal yetersizlikler

Göz ve görme alanı problemleri: Retina, kornea, lens, optik sinir etkilenmesine göre değişir (lakrimal bez hasarı, korneal ülserasyon, lens ışınlamasından sonra katarakt oluşumu, optik kiazma ve sinir hasarına bağlı görme keskinliğinde azalma, görme alanı bozukluğu, görme kaybı).

Hafıza kaybı, beyin hasarı, subakut dönemde geçici (demyelinizasyona bağlı) nörolojik bozukluklar olabilir.

Ciltte kılcıl damarlarda belirginleşme, cilt altı doku hasarı (fibrozu, cilt ülserasyonu, nekrozu)

İkincil tümörler

**Torax-mediasten bölgesi için;**

**Erken etkiler (radyoterapi devam ederken);**

Halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma

Kan hücrelerinde azalma

Yutma zorluğu, ses bozukluğu, öksürük

Ciltte kızarıklık, yaş ve kuru soyulma

Yemek borusu iltihabı, kilo kaybı

Lhermitte bulgusu (boyun öne eğildiğinde ellere ve ayaklara yayılan şok benzeri duyu ile karakterize geçici omurilik hasarı bulgusudur)

**Geç etkiler (radyoterapi tamamlandıktan ortalama 6 ay sonra);**

Radyasyona bağlı akciğer değişiklikleri (mikrobik olmayan akciğer iltihabı, akciğer doku hasarı, kronik öksürük, nefes darlığı)

Kardiak sekeller (konstriktif perikardit, perikardial sıvı birikimi, kalp kası hasarı)

Nefes borusu iltihabı, nefes borusunda daralma, fistüller, perforasyon

Yemek borusunda daralma ve yapışıklık, fistül ve perforasyon

Nadiren omurilik hasarı, brakial sinir ağrı hasarı, ikincil tümörler.

**Batın- pelvis bölgesi için;**

**Erken etkiler (radyoterapi devam ederken);**

Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, iştahsızlık, halsizlik, karında kramp

Gastrointestinal kanama, karında gerginlik

Gastrit, sindirim bozukluğu

Kemik iliği işlevlerinin baskılanması

Cilt reaksiyonları (kızarıklık, soyulma, perineal dermatit)

İdrar yollarında sıkıntı, ağrılı veya kanlı idrar yapma, gece idrara kalkma, idrar yolu infeksiyonları ve idrar yollarında tıkanıklık

Rektal rahatsızlık hissi, rektal kanama, mukus akıntısı, hemoroidli hastalarda şikâyetlerde artma

Bağırsaklarda tıkanıklık, fistül, perforasyon

**Geç etkiler (radyoterapi tamamlandıktan ortalama 6 ay sonra);**

Mide-bağırsak yan etkileri;

Radyasyona bağlı karaciğer hasarı

Mide asit salgısının azalması, sindirim bozukluğu, radyasyon gastriti, mide ülseri

İnce bağırsak kanaması, ince bağırsak daralması, delinmesi

Kilo kaybı

İshal, makattan akıntı, rektal veya sigmoid darlık, kanama ve fistül gelişimi

**Ürogenital yan etkiler;**

Küçülmüş idrar kesesi, idrar yollarında daralma, idrar ve dışkı tutamama, kanlı idrar yapma (kronik sistit)

Erkeklerde; skrotal ödem, penil ödem, sperm sayısında azalma, empotans, kısırlık

Kadında vaginal daralma, kısırlık, vezikovaginal fistül, rektovaginal fistül

Radyasyona bağlı böbrek hasarı, renal hipertansiyon, ikincil tümörler





**Meme bölgesi için;**

**Erken etkiler (radyoterapi devam ederken);**

Halsizlik, iştahsızlık  
Yutma zorluğu, boğaz ağrısı, ses boğukluğu, öksürük  
Asemptomatik pnömonit, kardit  
Kan hücrelerinde azalma  
Ciltte kızarıklık, yaş ve kuru soyulma, ödem

**Geç etkiler (radyoterapi tamamlandıktan ortalama 6 ay sonra);**

Meme dokusu sertleşmesi, çekilme, meme ve kol ödemi  
Ağrılı meme iltihabı  
Mikrobik olmayan akciğer iltihabı, akciğer doku hasarı  
Kaburga kırığı  
Kronik endokardit, enfarktüs, iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği (özellikle sol meme radyoterapisi sonrası)  
Ciltte kılcal damarlarda belirginleşme  
Nadiren brakiyal sinir ağrı hasarı, radyasyona bağlı kemikhasarı, ikincil tümörler

**Kemik Bölgesi için;**

**Erken etkiler (radyoterapi devam ederken);**

Halsizlik  
Ciltte kızarıklık, yaş ve kuru soyulma, dermatit  
Kan hücrelerinde azalma

**Geç etkiler (radyoterapi tamamlandıktan ortalama 6 ay sonra);**

Ciltte kılcal damarlarda belirginleşme, cilt altı doku hasarı (fibrozu, cilt ülserasyonu, nekrozu)  
Gecikmiş yara iyileşmesi  
İkincil tümörler

Yapılacak işlemler, bu yöntemlerin faydası, olası risk ve istenmeyen durumlar konusunda ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşılaşılabileceğim sonuçlar tarafıma açıklanmıştır. Mersin Üniversitesi Hastanesi hekimlerinin ve çalışma ekibinin, hastalığımın teşhis ve tedavisi için gerekli olan ilaçları vermesini, tetkikleri ve girişimleri yapmasını kabul ediyorum, oluşabilecek olumsuz gelişmelerden haberdar olarak tedavimin yapılmasını onaylıyorum.

Tüm bu bilgileri okuduğumu ve anladığımı, doktoruma sorduğum tüm sorularıma açık ve net cevaplar aldığımı, belirtilen tedavi planına göre tedavimin Mersin Üniversitesi Hastanesi hekimleri ve çalışma ekibi tarafından yapılmasına serbest iradem ile yeterli süre düşünerek, tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

(Lütfen aşağıdaki alanları el yazınızla doldurunuz.)

**Hastanın / Yasal Temsilcinin\* Adı- Soyadı:**

Tarih: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Saat: \_\_\_

Bana verilen bilgileri anladım, "Okudum Onaylıyorum" yazınız:

İmza:

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;

Doktor tarafından yapılan açıklamaları hastaya / yasal temsilcisine tercüme ettim.

Tarih: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Saat: \_\_\_

**Şahit / Tercüme Yapanın Adı Soyadı:**

İmza:

*Not: Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalıysa veya imza yetkisi yoksa, onay yasal temsilci tarafından verilir. Yasal temsilci tarafından verilen onaylarda kim olduğu parantez içinde belirtilir. Okuması-yazması olmayanlar, görme engelliler, yabancı dil kullanan ve tercüman tarafından bilgilendirilmenin yapıldığı durumlarda şahit / tercüman imzası olmalıdır.*





**BİLGİSAYARLI TOMOGRAFI  
KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN HASTA ONAM FORMU**

Hasta adı soyadı			
Hasta dosya numarası			
Yapılacak inceleme	Bilgisayarlı tomografi		

**AÇIKLAMA:**

Birazdan size damardan kontrast madde verilerek radyolojik inceleme yapılacaktır. Bu incelemenin kontrast madde verilerek yapılması hastalığınızın doğru olarak tanınması için gereklidir.

**KONTRAST MADDE NEDİR?**

Bazı radyolojik incelemelerden önce, toplardamara takılan bir iğne yardımıyla verilen ilaçtır. Kontrast madde damara verildikten sonra, vücuttaki organ ve dokulara nüfuz eder ve normal organ/dokular ile hastalıklı dokular arasında zıtlık oluşturur. Böylece hastalıklı dokuların tanınması kolaylaşır.

**KONTRAST MADDE KULLANIMI SIRASINDA ORTAYA ÇIKAN İSTENMEYEN DURUMLAR NELERDİR?**

Kontrast madde verilirken ya da verildikten sonra, bulantı, kusma, ciltte kızarıklık ve kaşıntı, ateş basması gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumlar, dakikalar içinde, genellikle tedavi gerektirmeden, kendiliğinden geçer.

Nadiren nefes daralması, kalp atımlarında düzensizlik, şuur bozukluğu, böbrek fonksiyonlarında bozulma gibi tıbbi müdahale gerektiren durumlar oluşabilir.

Çok nadir olarak, nefes ve kalp durması ve ölüme sonuçlanan durumlar gelişebilir. Bu durumu önceden kestirmek mümkün değildir.

Kontrast madde verilen damarın zedelenmesine bağlı, damarın bulunduğu el, kol gibi vücut bölgelerinde ağrı, şişlik, renk değişikliği görülebilir.

**HASTANIN YAPMASI GEREKENLER NELERDİR?**

Daha önceden bilinen allerjiniz, kalp ve damar hastalığınız, böbrek hastalığınız, astımınız varsa inceleme öncesi hekiminize bilgi verin.

"Metformin" içeren şeker ilacı (Diaformin, Glange, Glifor, Glucophage, Gluforce, Gluformin, Glukofen, Matofin, Metfull) kullanıyorsanız inceleme öncesi hekiminize bilgi verin.

Kontrast madde verilirken ya da verildikten sonra yukarıda belirtilen durumlar ortaya çıkarsa Radyoloji Birimi'ndeki hekime veya teknikere mutlaka bildirin.

Doktorumun tüm açıklamalarını-yukarıda yazılanları dinledim/okudum. İşlemin riskleri konusunda bilgilendirildim. İşleme bağlı ortaya çıkabilecek sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İşlem sırasında ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği belirtildi. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Yapılacak işlemden istediğim zaman vazgeçme hakkına sahip olduğumu biliyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta			
Hasta yakını/vasisi/velisi			
Doktor			



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi

Adı Soyadı

Yaş:

Cins

Kilo

Dosya No:

Bölüm:



ANESTEZİ RAPORU

Tarih		Anestezi Öncesi Medikasyon						Htc: Giriş SpO <sub>2</sub>			Giriş İdrarı: Çıkış SpO <sub>2</sub>		
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
ANESTEZİKLER	Süre												
	O <sub>2</sub>												
	N <sub>2</sub> O												
	Inh												
	Kas G.												
SIVILAR													
	KAN												
	Diğer												
KB Sis (V) Dia (A) IKB Sis (-) Dia (-) CVP SpO <sub>2</sub> (G) N (-) S (O) A (Δ)	C <sup>0</sup>												
	KB	40	240										
		38	220										
		36	200										
		34	180										
		32	160										
	Anestezi Başladı X:	30	140										
	Anestezi Bitti O:	28	120										
	Ameliyat Başladı □	26	100										
		24	80										
Entübasyonda Güçlük Mallampati: Cormak:	(-)	60											
		40											
		20											
	(+) 0	10											
		Spon											
		Asist											
		Kont											
İşaretler													
Entübasyon	Oral	Tüp no	Pozisyon										
	Nazal		Kan Grubu										
	Kör		Total Sıvı										
	Balonlu		Total Kan										
	Balonsuz		Total Plazma										
Yapılan Ameliyat													
Ameliyatı Yapan													
Anesteziyi Uygulayan													
Rejiyonal Blok Tipi		Analjezik Madde		Doz									
Anestezi İmzası													
Komplikasyonlar:													





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi

Adı Soyadı:

Yaş:

Cins:

Kilo:

Dosya No:

Bölüm:



ANESTEZİ RAPORU

Tarih	Anestezi Öncesi Medikasyon						Htc:			Giriş İdrarı:			
	Süre	15	30	45	15	30	45	Giriş SpO <sub>2</sub>	Çıkış SpO <sub>2</sub>	15	30	45	
ANESTEZİKLER	O <sub>2</sub>												
	N <sub>2</sub> O												
	Inh												
	Kas G.												
SIVILAR													
	KAN												
	DIĞER												
KB Sis (V) Dia (A) iKB Sis (-) Dia (-) CVP SpO <sub>2</sub> (θ) N (*) S (O) A (Δ)	C <sup>o</sup>	40	240										
	KB	38	220										
	Sis (-)	36	200										
	Dia (-)	34	180										
	CVP	32	160										
	SpO <sub>2</sub>	30	140										
	(θ)	28	120										
	N (*)	26	100										
	S (O)	24	80										
	A (Δ)	20	60										
Entübeasyonda Güçlük Mallampati: Cormak:	(-)	40											
	(+)	20											
	10	0											
	0	Spon											
	Asist	Kont											
İşaretler	Oral	Tüp no	Pozisyon	İlaçlar		İm/iv		Total					
	Nazal		Kan Grubu										
	Kör		Total Sıvı										
	Balonlu		Total Kan										
	Balonsuz		Total Plazma										
Yapılan Ameliyat													
Ameliyatı Yapan													
Anesteziyi Uygulayan													
Rejyonel Blok Tipi	Analjezik Madde	Doz											
Anestezi İmzası	Komplikasyonlar:												



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON A.D



DERLENME ODASI TAKİP FORMU

Adı soyadı : Hasta no: Bölümü: Tarih :  
Uygulanan Anestezi:  Genel  Lokal  Bölgesel (.....)

VİTAL BULGULAR

Saat	Kalp Hızı	Kan Basıncı	SpO <sub>2</sub>	VAS	Diğer (Vücut Isısı, kanama, vb.)

YAPILAN TEDAVİLER:

Saat	İlaç/Serum/Kan ve Kan ürünleri	iv/im/sc/epi/pk	Doz	Total doz	Drizma

iv: intravenöz; im: intramusküler; sc: subkutan; epi: epidural; pk: periferik kateter; sp: spinal

İzlemde saptanan sorunlar:

- Bulantı  Kusma  Hipotansiyon  Hipertansiyon  
 Hipoksi  Ajitasyon  Anafaksi  Solunum depresyonu  
 Taşikardi  Bradikardi  Kardiyak Arrest  Ritim bozukluğu (.....)

MODİFİYE ALDRETE SKORLAMA SİSTEMİ		
Aktivite	Dört ekstremitte (Dört ekstremitte hareket ediyor)	2
	İki ekstremitte (İki ekstremitte hareket ediyor)	1
	Hareket yok	0
Solunum	Derin nefes alabiliyor ve öksürebiliyor	2
	Dispne, yüzeysel solunum	1
	Apne ve tıkanıklık	0
Dolaşım	Kan basıncı preoperatif değerlere göre $\pm$ 20 mmHg farklı	2
	Kan basıncı preoperatif değerlere göre $\pm$ 20-50 mmHg farklı	1
	Fark 50 mmHg dan fazla	0
Bilinç	Tam uyanık, oryante	2
	Seslenmekle cevap var	1
	Cevap yok	0
Renk	Pembe	2
	Solukluk ve koyuluk	1
	Siyanotik	0
Toplam Puan		

Not: 9 ve üzerinde puan alan hastaların servise çıkabileceğine karar verilir.

Hemşire notları

Sonuç: Servis  Yoğun Bakım  Reanimasyon  Eksitus



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON A.D



OPERASYON ÖNCESİ TAKİP FORMU

Adı soyadı

Yaş/cins:

Operasyon nedeni:

ASA: I  II  III  IV  V  VI  E

Goldman:

Hasta kabul durumu: Elektif  Acil  Lokal (Elektif)  Lokal (Acil)

Son aldığı yiyecek saati:

Tarih

Protokol

Bölüm adı/oda no:

VİTAL BULGULAR

Saat	Kalp Hızı	Kan Basıncı	SpO <sub>2</sub>	Diğer (Vücut Isısı, kanama vb.)

YAPILAN TEDAVİLER:

Saat	İlaç/Serum/Kan ve Kan ürünleri	Doz	Total doz	İmza

İzlemde saptanan sorunlar:

- Bulantı  Kusma  
 Hipotansiyon  Hipertansiyon  
 Hipoksi  Ajitasyon  
 Taşikardi  Bradikardi  
 Anafilaksi  Ritim bozukluğu (.....)  
 Solunum depresyonu

Hemşire notları

İzlemi yapan Adı/Soyadı:

İmza:



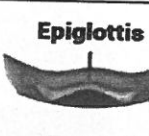
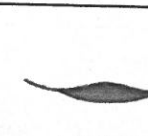




T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
GÜVENLİ ANESTEZİ VE HAVA YOLU YÖNETİMİ  
KONTROL FORMU



HAVA YOLU YÖNETİMİ/İŞLEM		HAVA YOLU YÖNETİMİ SONRASI						
<input type="checkbox"/> GA	<input type="checkbox"/> Uyanık	<input type="checkbox"/> Diğer	<b>ENTÜBASYON KONTROLÜ</b>					
Preoksijenasyon	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet %..... O <sub>2</sub> /dk	<input type="checkbox"/> EtCO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Oskültasyon	<input type="checkbox"/> Diğer			
<input type="checkbox"/> Nazal Kanül	<input type="checkbox"/> Yüz Maskesi	<input type="checkbox"/> HFNO	<input type="checkbox"/> Diğer	<b>HAVA YOLU YARALANMASI</b>				
<b>YÜZ MASKESİ</b>	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Kolay	<input type="checkbox"/> Zor	<input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....		
<b>AIRWAY</b>	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	No: .....	<input type="checkbox"/> Uygun Tüp Tespiti .....				
<b>LARİNGOSKOPI</b>		<b>ZOR HAVA YOLU BİLDİRİMİ</b>						
<input type="checkbox"/> DL. →	<input type="checkbox"/> Mac	<input type="checkbox"/> Miller	<input type="checkbox"/> McCoy	<input type="checkbox"/> No:.....	<input type="checkbox"/> Zor Hava Yolu Var		<input type="checkbox"/> SBYS Kaydı Yapıldı	
<input type="checkbox"/> VL. →	<input type="checkbox"/> Mac	<input type="checkbox"/> Açılı	<input type="checkbox"/> Kanallı	<input type="checkbox"/> No:.....	<b>EKSTÜBASYON</b>			
<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Kolay	<input type="checkbox"/> Zor .....	<input type="checkbox"/> Ekstübasyon Kontrol Listesi		Ekstübasyon Sonrası Komplikasyon			
<input type="checkbox"/> Başarısız .....	Girişim Sayısı		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
<input type="checkbox"/> Cormack-Lehane	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Laringo/Bronkospazm			
<input type="checkbox"/> Başarısız .....	<b>Vokal Kordlar</b>		<b>Epiglottis</b>		<input type="checkbox"/> Desatürasyon			
				<input type="checkbox"/> Negatif Basıncılı Pulmoner Ödem				
<b>EVRE I</b>	<b>EVRE II</b>	<b>EVRE III</b>	<b>EVRE IV</b>	<input type="checkbox"/> Diğer .....				
<b>SUPRAGLOTTİK HAVA YOLU ARACI (SGA)</b>		<b>ENTÜBE TRANSFER</b>						
<input type="checkbox"/> Klasik	<input type="checkbox"/> Proseal	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> No:.....	<input type="checkbox"/> Hayır		<input type="checkbox"/> Evet .....		
<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Kolay	<input type="checkbox"/> Zor	<b>NOTLAR:</b>					
<input type="checkbox"/> Başarısız .....	Girişim Sayısı		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3	<b>EKSTÜBASYON KONTROL LİSTESİ</b>	
<b>TRAKEAL ENTÜBASYON</b>	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Nazal	<input type="checkbox"/> Kas tonusu yeterli mi?					
ETT:	<input type="checkbox"/> Kafalı	<input type="checkbox"/> Kafsız	<input type="checkbox"/> Spiralli	<input type="checkbox"/> No:.....	Sedasyon/anestezi soulandı mı?			
Girişim Sayısı:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3	Hava yolu problemi var mı?			
<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Kolay	<input type="checkbox"/> Zor .....	<input type="checkbox"/> Ventilatörden ayrılmaya engel durum var mı?					
<input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp tespit.....cm	<input type="checkbox"/> %100 O <sub>2</sub> /dk ile oksijenasyon					
<input type="checkbox"/> Buji	<input type="checkbox"/> Stile	<input type="checkbox"/> Fiberoptik Bronskop	Uygun pozisyon/Aspirasyon					
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Krikotiroidotomi	<input type="checkbox"/> Trakeotomi	Reentübasyon hazırlığı var mı?					
<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Kolay Başarılı	<input type="checkbox"/> Kolay	<b>Ekstübasyon</b>					
<input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Video Laringoskop	<b>Hava yolunun desteklenmesi</b>						
<b>Planlandığı gibi devam et</b>		<b>Hava yolu planı başarılı mı?</b>		<b>Yeterli oksijenasyon ve ventilasyonun teyidi</b>				
<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>		<b>Anestezi Uzmanı</b>				
<b>Ventilasyon yeterli mi?</b>		<b>Hayır</b>		<b>Ad Soyad, İmza</b>				
<b>Yardıma çağırılmayacağı düşünülür!</b>		<b>Yardıma çağır!!!</b>						
<b>Acil Olmayan Yol</b> Güvenli hava yolunu sağla		<b>Acil Yol</b> Güvenli ventilasyonu sağla						
Alternatif Hava Yolu Araçları		Maske ventilasyonu		Supraglottik Airway				
HaStayı Uyandır		Süre, deneme sayısı ≤ 3+1		Süre, deneme sayısı ≤ 3+1				
SpO <sub>2</sub> optimizasyonu		SpO <sub>2</sub> optimizasyonu		SpO <sub>2</sub> optimizasyonu				
İnvaziv Hava Yolu		Endotrakeal Tüp		Endotrakeal Tüp				
Denemeler arasında ventilasyonu değerlendir.		Ventilasyon yeterli mi?		Ventilasyon Yetersizse				
<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>		<b>ACİL İNVAZİV HAVA YOLU</b>				
<b>Yardıma Çağır!</b>								

HAVA YOLU YÖNETİMİ/İŞLEM	HAVA YOLU YÖNETİMİ SONRASI
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> Uyanık <input type="checkbox"/> Diğer	<b>ENTÜBASYON KONTROLÜ</b>
Preoksijenasyon <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet %..... O <sub>2</sub> /dk	<input type="checkbox"/> EtCO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Oskültasyon <input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> Nazal Kanül <input type="checkbox"/> Yüz Maskesi <input type="checkbox"/> HFNO <input type="checkbox"/> Diğer	<b>HAVA YOLU YARALANMASI</b>
<b>YÜZ MASKESİ</b> <input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor <input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....
<b>AIRWAY</b> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet No: .....	<input type="checkbox"/> Uygun Tüp Tespiti .....
<b>LARİNGOSKOPI</b>	<b>ZOR HAVA YOLU BİLDİRİMİ</b>
<input type="checkbox"/> DL. → <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> Miller <input type="checkbox"/> McCoy <input type="checkbox"/> No:.....	<input type="checkbox"/> Zor Hava Yolu Var <input type="checkbox"/> SBYS Kaydı Yapıldı
<input type="checkbox"/> VL. → <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> Açılı <input type="checkbox"/> Kanallı <input type="checkbox"/> No:.....	<b>EKSTÜBASYON</b>
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor .....	<input type="checkbox"/> Ekstübasyon Kontrol Listesi
<input type="checkbox"/> Başarısız .....	Ekstübasyon Sonrası Komplikasyon
Girişim Sayısı <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Cormack-Lehane <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Laringo/Bronkospazm
<b>Vokal Kordlar</b> <b>Epiglottis</b>	<input type="checkbox"/> Desatürasyon
   	<input type="checkbox"/> Negatif Basıncı Pulmoner Ödem
<b>SUPRAGLOTTİK HAVA YOLU ARACI (SGA)</b>	<input type="checkbox"/> Diğer .....
<input type="checkbox"/> Klasik <input type="checkbox"/> Proseal <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> No:.....	<b>ENTÜBE TRANSFER</b>
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet .....
<input type="checkbox"/> Başarısız .....	<b>NOTLAR:</b>
Girişim Sayısı <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<b>EKSTÜBASYON KONTROL LİSTESİ</b>
<b>TRAKEAL ENTÜBASYON</b>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazal
ETT: <input type="checkbox"/> Kafılı <input type="checkbox"/> Kafsız <input type="checkbox"/> Spiralli <input type="checkbox"/> No:.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Kas tonusu yeterli mi? Sedasyon/anestezi sonlandı mı? Hava yolu problemi var mı? Ventilatörden ayrılmaya engel durum var mı?</div>
Girişim Sayısı: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">%100 O<sub>2</sub>/dk ile oksijenasyon Uygun pozisyon/Aspirasyon Reentübasyon hazırlığı var mı?</div>
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor .....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Ekstübasyon</div>
<input type="checkbox"/> Başarısız <input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp tespit.....cm	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Hava yolunun desteklenmesi Yeterli oksijenasyon ve ventilasyonun teyidi</div>
<input type="checkbox"/> Buji <input type="checkbox"/> Stile <input type="checkbox"/> Fiberoptik Bronskop	<b>Anestezi Uzmanı</b>
<input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Krikotiroidotomi <input type="checkbox"/> Trakeotomi	<i>Ad Soyad, İmza</i>
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay	
<input type="checkbox"/> Başarısız <input type="checkbox"/> Video Laringoskop	
<b>Planlandığı gibi devam et</b> ← Evet <b>Hava yolu planı başarılı mı?</b>	
← Evet <b>Ventilasyon yeterli mi?</b> Hayır	
<b>Yardım çağırması düşün!</b> <b>Yardım çağır!!!</b>	
<b>Acil Olmayan Yol</b> Güvenli hava yolunu sağla	<b>Acil Yol</b> Güvenli ventilasyonu sağla
← Evet Denemeler arasında ventilasyonu değerlendirdi.	← Evet Maske ventilasyonu ≤ 3 <sup>+1</sup> Süre, deneme sayısı SpO <sub>2</sub> optimizasyonu İnvaziv Hava Yolu
← Evet Ventilasyon yeterli mi?	← Evet Supraglottik Airway Maske ventilasyonu ≤ 3 <sup>+1</sup> Süre, deneme sayısı SpO <sub>2</sub> optimizasyonu Endotrakeal Tüp Ventilasyon Yetersizse
← Evet <b>Yardım Çağır!</b>	← Evet <b>ACİL İNVAZİV HAVA YOLU</b>



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
GÜVENLİ ANESTEZİ VE HAVA YOLU YÖNETİMİ  
KONTROL FORMU



Operasyon/Girişim:	<input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Acil
Hastanın Adı Soyadı:	Protokol No:
Tarih:	Operasyonun Adı:
Doğum Tarihi:	Açlık Süresi: <input type="checkbox"/> <4s <input type="checkbox"/> 4-6s <input type="checkbox"/> 6-8s <input type="checkbox"/> >8s

**PREOPERATİF MUAYENE**  Evet  Hayır

Boy:	VA:	VKİ:	Ek Hastalıklar: .....
ASA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	İlaç Kullanım Öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Aspirasyon Riski	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Uyku Apnesi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bilinen Allerji	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		

**HAVA YOLU MUAYENESİ**

Ağız Açıklığı	<input type="checkbox"/> < 4 cm <input type="checkbox"/> ≥ 4 cm
Mallampati Skoru	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

SINIF I SINIF II SINIF III SINIF IV

**EKİPMAN** Evet Hayır

Oksijen kaynağı dolu ve çalışıyor		
Anestezi makinesi açık/fişe takılı		
Kaçak testi yapıldı		
Uygun devre boyutu seçildi		
Vaporizatör dolu ve yerinde		
Sodalime'da renk değişikliği yok		
Atık sistemi çalışıyor		
Aspiratör boş ve etkin çalışıyor		
Monitör açık, alarm ayarları yapıldı		

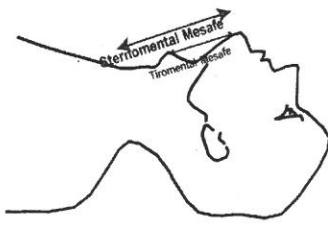
**İLAÇLAR**

İntravenöz yol çalışıyor		
İlaçlar ve mayiler hazır		
Resüsitasyon ilaçları hazır		

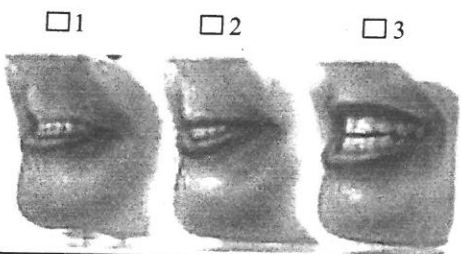
**HAVA YOLU EKİPMANI**

<input type="checkbox"/> Balon-Valf-Maske	<input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Trakeal Tüp
<input type="checkbox"/> Airway	<input type="checkbox"/> Sabitleyici	<input type="checkbox"/> Stile
<input type="checkbox"/> Enjektör	<input type="checkbox"/> Buji	<input type="checkbox"/> Magill
<input type="checkbox"/> DL. → <input type="checkbox"/> Mac	<input type="checkbox"/> Miller	<input type="checkbox"/> McCoy
<input type="checkbox"/> VL. → <input type="checkbox"/> Mac	<input type="checkbox"/> Açılı	<input type="checkbox"/> Kanallı
<input type="checkbox"/> Supraglottik Hava Yolu Cihazı		
<input type="checkbox"/> 1. Jenerasyon	<input type="checkbox"/> 2. Jenerasyon	
<input type="checkbox"/> Fiberoptik Bronkoskop		
<input type="checkbox"/> Krikotirotomi Seti		
<input type="checkbox"/> Cerrahi Hava Yolu Seti		
<input type="checkbox"/> Diğer:		

Sternomental Mesafe	<input type="checkbox"/> <12 cm <input type="checkbox"/> ≥12 cm
Tiromental Mesafe	<input type="checkbox"/> <6 cm <input type="checkbox"/> ≥6 cm
Boyun Hareketleri	<input type="checkbox"/> Kısıtlı <input type="checkbox"/> Normal



**Üst Dudak Isırma TeSti**



Retro/Mikrognati	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sakal/Bıyık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Diş Protezi (Mobil)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

**BEKLENEN ZOR HAVA YOLU**

<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Açıklama/Öneri:
Notlar:





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
GÜVENLİ ANESTEZİ VE HAVA YOLU YÖNETİMİ  
KONTROL FORMU



Operasyon/Girişim:	<input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Acil	Protokol No:
Hastanın Adı Soyadı:		Operasyonun Adı:
Tarih:		Açlık Süresi: <input type="checkbox"/> <4s <input type="checkbox"/> 4-6s <input type="checkbox"/> 6-8s <input type="checkbox"/> >8s
Doğum Tarihi:		

**PREOPERATİF MUAYENE**  Evet  Hayır

Boy:	VA:	VKİ:	Ek Hastalıklar: .....
ASA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Aspirasyon Riski	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	İlaç Kullanım Öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bilinen Allerji	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Uyku Apnesi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var

**HAVA YOLU MUAYENESİ**

Ağız Açıklığı	<input type="checkbox"/> < 4 cm <input type="checkbox"/> ≥ 4 cm	<b>EKİPMAN</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
Mallampati Skoru	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Oksijen kaynağı dolu ve çalışıyor		
		Anestezi makinesi açık/fişe takılı		
		Kaçak testi yapıldı		
		Uygun devre boyutu seçildi		
		Vaporizatör dolu ve yerinde		
		Sodalime'da renk değişikliği yok		

Sternomental Mesafe	<input type="checkbox"/> <12 cm <input type="checkbox"/> ≥12 cm	Atk sistemi çalışıyor		
Tiromental Mesafe	<input type="checkbox"/> <6 cm <input type="checkbox"/> ≥6 cm	Aspiratör boş ve etkin çalışıyor		
Boyun Hareketleri	<input type="checkbox"/> Kısıtlı <input type="checkbox"/> Normal	Monitör açık, alarm ayarları yapıldı		
		<b>İLAÇLAR</b>		
		İntravenöz yol çalışıyor		
		İlaçlar ve mayiler hazır		
		Resüsitasyon ilaçları hazır		

**Üst Dudak İsrırma TeSti**

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<b>HAVA YOLU EKİPMANI</b>		
		<input type="checkbox"/> Balon-Valf-Maske <input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Trakeal Tüp		
		<input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> Sabitleyici <input type="checkbox"/> Stile		
		<input type="checkbox"/> Enjektör <input type="checkbox"/> Buji <input type="checkbox"/> Magill		
		<input type="checkbox"/> DL. → <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> Miller <input type="checkbox"/> McCoy		
		<input type="checkbox"/> VL. → <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> Açılı <input type="checkbox"/> Kanallı		
		<input type="checkbox"/> Supraglottik Hava Yolu Cihazı		
		<input type="checkbox"/> 1. Jenerasyon <input type="checkbox"/> 2. Jenerasyon		
		<input type="checkbox"/> Fiberoptik Bronkoskop		
		<input type="checkbox"/> Krikotirotomi Seti		
		<input type="checkbox"/> Cerrahi Hava Yolu Seti		
		<input type="checkbox"/> Diğer:		

Retro/Mikrognati	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sakal/Bıyık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Diş Protezi (Mobil)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

**BEKLENEN ZOR HAVA YOLU**

<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Açıklama/Öneri:
Notlar:





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi



**İÇ HASTALIKLARI A.D. GASTROENTEROLOJİ B.D.  
ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI İŞLEMİ İÇİN  
HASTA AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI NEDİR?**

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI**, yemek borusu, mide ve oniki barsağın muayenesi için yapılan bir işlemdir. İşaret parmağı kalınlığında, bükülebilen ve ışık veren, uzun tüp şeklindeki alet, ağızınızdan yutturularak yemek borusuna, mideye ve oniki parmak barsağına ulaşılır. Adı geçen organların içduvarlarının yüzeyi incelenir.

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI NE İÇİN YAPILIR?**

Yemek borusu, mide ve oniki barsağından köken aldığı düşünülen hastalıkların tanı ve tedavisinde; ülser, dispepsi, yutma güçlüğü, reflü hastalığı, kansızlık, mide kanaması ve tümör vbg yapılır.

**NASIL BİR HAZIRLIK GEREKİR?**

Mideniz boş olmalıdır, bunun için muayeneden önce en az 8 saattir ve bir şey yememiş- içmemiş olmanız gerekmektedir. Önemli ilaçlarınızı az miktarda suyla içebilirsiniz. Şurup şeklindeki ilaçları içmeyiniz. Önemli bir hastalığınız (özellikle romatizmal kapak hastalığı, kalp kapak değişimi, kalp pili) veya özellikle kontrast maddeye alerjiniz varsa ya da herhangi bir ilaç kullanıyorsanız doktorunuza mutlaka söylemelisiniz. Özellikle işlemden önceki 1 hafta içinde **ASPIRİN** kullanılmış olmamalıdır. **COUMADİN VE PLAVİX VE DİĞER KAN SULANDIRICI İLAÇLAR** kullanıyorsanız bunları mutlaka bize bildirmelisiniz. Gereğinde işlemin rahat yapılabilmesi için size sakinleştirici ilaç verilecektir. Bu ilaç reflekslerinizi ve karar verme yeteneğinizi etkileyeceğinden, işlem sonrası **araç kullanılmamalı, önemli kararlar vermemelisiniz**. Başka bir hastaneden geliyorsanız yanınızda muhakkak bir refakatçi ile gelmelisiniz. Gözlüklerinizi, çıkabilen takma dişlerinizi, kontakt lensinizi ve değerli eşyalarınızı işlem odasına girmeden refakatçinize vermelisiniz.

**İŞLEM NASIL YAPILACAK?**

Yüzüstü yatacaksınız ve işlem öncesinde boğazınızı uyuşturacak bir sprey sıkılacak. Daha sonra alet ağızınızdan yutturulacak, mide ve sonra oniki parmak bağırsağına geçilecek. (Aleti yutmanız sırasında nefes alma işlemi etkilenmez) Bu sırada mide ve oniki parmak barsağının şişirilmesi için hava verileceğinden bir miktar şişkinlik hissi bazen geçirti olacaktır. İşlem 10-15 dakika kadar sürebilir.

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI SIRASINDA NELER YAPILABİLİR?**

**Biyopsi:** Tümöral oluşum, mide ülseri, atrofik gastrit, polip, demir eksikliği, süregelen ishal, helicobacter pylori gastritinin doku tanısı için yapılır.

**Balon/buji dilatasyonu (genişletme):** Yemek borusu, mide ve oniki barsakta aletin geçişine izin vermeyen darlıklarda

**Stent yerleştirme:** Stentler metal veya plastik tellerden yapılmış, gıdanın geçişini sağlayan boru şeklinde yapılardır.

**Nazogastrik/nazoenteral tüp yerleştirme:** Bazen bir ucu mide/incebarsakta olan, bir ucu burundan dışarıya çıkarılan plastik tüp takılabilir. Bu işlem yutkunamayan hastalarda barsak yoluyla beslenme amacıyla yapılabilir.

**Kurutucu madde şırınga etme (adrenalin, etoksisklerol, alkol vbg), dağlama, bant atma, kement atma ve zimba atma:** Kanamalarda yukarıdaki uygun işlemlerden biri yapılır.

**Polipektomi:** Polip denen olağan dışı et kabartılarının çıkarılması.

**Perkütanendoskopik gastrostomi/jejunostomi (PEG/PEJ):** Ağızdan beslenemeyen ve yemekborusunda darlık olan hastalara karın duvarını geçecek şekilde mide veya barsağına besleme amaçlı hortum takılabilir.





### ANESTEZİ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

..... kliniği tarafından ..... tanısı ile ..... operasyonuna alınacak ve genel ve/veya bölgesel anestezi uygulanması planlanan ..... ad ve soyadlı hasta için ..... tarihinde, tanık kurum görevlisi eşliğinde düzenlenmiştir.

#### I. HASTA BİLGİLENDİRME

- a) **Anestezi Tipi:** Mevcut klinik durumunuz ve cerrahi işleminize uygun olan anestezi genel, bölgesel ya da kombine (genel+bölgesel) anestezi olabilir. Seçilecek yöntem; ameliyathanede, cerrahinin gerekliliği ya da sizin yararınıza olacak şekilde değiştirilebilir. Değiştirilme işleminde, gerekçe size açıklanacak ve onayınız istenecektir. Önerilen anestezi yöntemini kabul ya da reddetme ve ameliyattan vazgeçme hakkınız her zaman mevcuttur.
- b) **Anestezi Riskleri:** En küçük cerrahi ve anestezi uygulamasında bile risk mevcuttur. Modern anestezi uygulamasında ölüm ya da sakat kalma riski hiçbir zaman sıfır değildir. Bu risklerin bazıları geçici problemlerdir ve düzeltilebilir. Çok nadir de olsa kalıcı problemler ortaya çıkıp sakat kalma ya da ölüm riski gerçekleşebilir.
- i. **Sık karşılaşılan istenmeyen etkiler:** Bulantı-kusma, boğaz ağrısı, baş ağrısı, enjeksiyon yerinde ağrı, bulanık-çift görme.
- ii. **Daha az sıklıkla karşılaşılan istenmeyen etkiler:** Kas sızıları ve ağrıları, güçsüzlük, hafif alerjik problemler, kaşıntı ve döküntüler, spinal anestezi sonrası keskin baş ağrısı, sırt ağrısı
- iii. **Seyrek karşılaşılan istenmeyen etkiler:** Genel anestezi sırasında farkında olma, dişlerde, diş protezinde, dil ve dudaklarda hasar, geçici ses kaybına yol açabilen ses tellerinde hasar, alerjik problemler ve/veya astım, cerrahinin zorunlu kıldığı hasta pozisyonlarına bağlı basınç bölgelerinde ve sinirlerde hasar, epilepsi (sara) nöbetleri
- iv. **Ölüme neden olabilecek nadir görülen istenmeyen etkiler:** Kullanılan anestezi ilaçlarına şiddetli alerji, şok ve takiben kalpte durma gelişmesi, kullanılan anestezi ilaçlarına bağlı olarak vücut sıcaklığının çok yükselmesi, beyin kanaması, kalp krizi, akciğerlere mide içeriğinin kaçması, kalıcı beyin hasarı oluşması.
- v. **Tahmin Edilemeyen Komplikasyonlar:** Standart tarama testleri ile tespit edilemeyen, sakat kalma ya da ölüme yol açabilen kalıtsal solunum yolları, akciğer ve kalp hastalıkları.

#### II. HASTA ONAYI

- a) Anestezi uygulamalarının herhangi bir aşamasında "tahmin edilemeyen komplikasyonların" oluşabileceğini anladım ve kabul ediyorum.
- b) Ameliyat sırasında hayatımı tehdit edebilecek herhangi bir tahmin edilemeyen komplikasyon geliştiğinde, yapılması olası tüm işlemlerin yararına olduğunu anladım ve kabul ediyorum.
- c) Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış her türlü ilaç, serum, enteral ve parenteral solüsyonlar, kan ve kan ürünleri kullanılmasına izin veriyorum.
- d) Hastalığım ve anestezi uygulaması için gerekli laboratuvar tahlilleri için kan ve diğer örneklerin alınması, toplanması ve testlerin yapılması gereğini anladım ve kabul ediyorum.
- e) Hastaneye başvurduğum andan, anestezi uygulaması başlayana dek, **tedavimin herhangi bir aşamasında** vazgeçme, tedaviyi reddetme, taburcu olmayı isteme ya da başka bir merkeze transfer olma hakkım olduğu bana açıklandı, açıklamayı anladım ve kabul ediyorum.
- f) Anesteziyoloji doktoru mevcut klinik durumumu, buna uygun olan anestezi yöntemini, bu yöntemin olası risklerini bana açıkladı. Doktora bu konudaki tüm soruları sordum ve sorularıma cevap aldım, Anestezi uygulamasının olası risklerini anladım ve kabul ediyorum.
- g) Adı geçen kurumun; bir araştırma ve eğitim hastanesi olduğu biliyorum ve kabul ediyorum. Eğitim hastanesinin gerektirdiği gibi mevcut klinik durumumun öğrenciler önünde eğitim amacı ile tartışılabilirliğini ve muayene edilebileceğimi biliyor ve kabul ediyorum. Uygulanacak olan anestezi yöntemi öncesinde, esnasında ve sonrasında, kimlik bilgilerim gizli tutularak, dosya bilgilerimin, fotoğraflarımın ve anestezi kayıtlarının eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.
- h) .....

(Bu bölümü; eğer hastanın mevcut hastalıkları açıklanan risk ve tehlikeleri artırıyor ise anladığını ve kabul ettiğini kendi el yazısı ile yazmalıdır.)

- i) Anestezi bilgilendirme ve onay formunu okudum, anladım ve kabul ediyorum.

#### Hasta

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza

#### \*Hasta yakını/sahibi/vasisi

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

\*Hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda varsa hasta yakınının, yoksa 2 doktorun tanıklığında yukarıda belirtilen kriterler geçerli olacaktır. 18 yaş altında veya vesayet altında bulunanlarda ebeveyn veya vasi imzalayacaktır.

#### III. BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN DOKTOR

- a) Hasta bilgilendirildi. Bu form kendisine verildi. Okuması sağlandı. Hastanın mevcut klinik durumu, bu klinik durumun yarattığı riskler, uygulanması muhtemel anestezi yöntemi ve yöntemin kendisine ait olası riskler, alternatif anestezi yöntemleri ve bunların riskleri tarafımdan hastaya açıklandı.
- b) Hastanın kendisinin ya da yerine karar veren kişinin bu formda geçen maddeler hakkında veya diğer çekinceleri hakkındaki tüm soruları cevaplandı.
- c) Hastanın bilgilendirilmiş olduğu ve girişimi istediği kanaatindeyim.

#### Sorumlu Doktorun

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza

#### Tanık Kurum Görevlisi

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:





**İÇ HASTALIKLARI A.D. GASTROENTEROLOJİ B.D.  
ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI İŞLEMİ İÇİN  
HASTA AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI NEDİR?**

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI**, yemek borusu, mide ve oniki barsağın muayenesi için yapılan bir işlemdir. İşaret parmağı kalınlığında, bükülebilen ve ışık veren, uzun tüp şeklindeki alet, ağızından yutturularak yemek borusuna, mideye ve oniki parmak barsağına ulaşılır. Adı geçen organların içduvarlarının yüzeyi incelenir.

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI NE İÇİN YAPILIR?**

Yemek borusu, mide ve oniki barsağından köken aldığı düşünülen hastalıkların tanı ve tedavisinde; ülser, dispepsi, yutma güçlüğü, reflü hastalığı, kansızlık, mide kanaması ve tümör vbg yapılır.

**NASIL BİR HAZIRLIK GEREKİR?**

Mideniz boş olmalıdır, bunun için muayeneden önce en az 8 saattir ve bir şey yememiş- içmemiş olmanız gerekmektedir. Önemli ilaçlarınızı az miktarda suyla içebilirsiniz. Şurup şeklindeki ilaçları içmeyiniz. Önemli bir hastalığınız (özellikle romatizmal kapak hastalığı, kalp kapak değişimi, kalp pili) veya özellikle kontrast maddeye alerjiniz varsa ya da herhangi bir ilaç kullanıyorsanız doktorunuza mutlaka söylemelisiniz. Özellikle işlemden önceki 1 hafta içinde **ASPIRİN** kullanılmış olmamalıdır. **COUMADİN VE PLAVİX VE DİĞER KAN SULANDIRICI İLAÇLAR** kullanıyorsanız bunları mutlaka bize bildirmelisiniz. Gereğinde işlemin rahat yapılabilmesi için size sakinleştirici ilaç verilecektir. Bu ilaç reflekslerinizi ve karar verme yeteneğinizi etkileyeceğinden, işlem sonrası **araç kullanılmamalı, önemli kararlar vermemelisiniz**. Başka bir hastaneden geliyorsanız yanınızda muhakkak bir refakatçi ile gelmelisiniz. Gözlüklerinizi, çıkabilen takma dişlerinizi, kontakt lensinizi ve değerli eşyalarınızı işlem odasına girmeden refakatçinize vermelisiniz.

**İŞLEM NASIL YAPILACAK?**

Yüzüstü yatacaksınız ve işlem öncesinde boğazınızı uyuşturacak bir sprey sıkılacak. Daha sonra alet ağızından yutturulacak, mide ve sonra oniki parmak bağırsağına geçilecek. (Aleti yutmanız sırasında nefes alma işlemi etkilenmez) Bu sırada mide ve oniki parmak barsağının şişirilmesi için hava verileceğinden bir miktar şişkinlik hissi bazen geçirti olacaktır. İşlem 10-15 dakika kadar sürebilir.

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI SIRASINDA NELER YAPILABİLİR?**

**Biyopsi:** Tümöral oluşum, mide ülseri, atrofik gastrit, polip, demir eksikliği, süregelen ishal, helicobacter pylori gastritinin doku tanısı için yapılır.

**Balon/buji dilatasyonu (genişletme):** Yemek borusu, mide ve oniki barsakta aletin geçişine izin vermeyen darlıklarda

**Stent yerleştirme:** Stentler metal veya plastik tellerden yapılmış, gıdanın geçişini sağlayan boru şeklinde yapılardır.

**Nazogastrik/nazoesofageal tüp yerleştirme:** Bazen bir ucu mide/incebarsakta olan, bir ucu burundan dışarıya çıkarılan plastik tüp takılabilir. Bu işlem yutkunamayan hastalarda barsak yoluyla beslenme amacıyla yapılabilir.

**Kurutucu madde şırınga etme (adrenalin, etoksisklerol, alkol vbg), dağlama, bant atma, kement atma ve zimba atma:** Kanamalarda yukarıdaki uygun işlemlerden biri yapılır.

**Polipektomi:** Polip denen olağan dışı et kabartılarının çıkarılması.

**Perkütanendoskopik gastrotomi/jejunostomi (PEG/PEJ):** Ağızdan beslenemeyen ve yemekborusunda darlık olan hastalara karın duvarını geçecek şekilde mide veya barsağına besleme amaçlı hortum takılabilir.





**İÇ HASTALIKLARI A.D. GASTROENTEROLOJİ B.D.  
ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI İŞLEMİ İÇİN  
HASTA AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**İŞLEM SONRASI NE OLACAK?**

Eğer yapıldıysa sakinleştirici ilacın etkisi geçinceye kadar bir süre gözleneceksiniz. Boğazınızda bir iki gün hafif ağrı hissedebilirsiniz. İşlem sonrasında boğazınız uyuşuk olacağından 1-2 saat bir şey yiyip içmemelisiniz. Kısa süreli karında şişkinlik hissi olabilir.

**OLABİLİR?**

**İşlem sonrasındaki erken dönemdeki riskler:**

**ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI** genellikle güvenli bir işlemdir fakat bazı komplikasyonlar olabilir. Toplam komplikasyon oranı, çoğunlukla hafif olmakla birlikte %10 civarındadır.

- Tükrük bezinin iltihabi hastalığı (parotit)
- Çene çıkığı
- Boğazda ağrı ve yanma
- Kanama (%2-3)
- Barsak delinmesi (0,5-1)
- Kalp ve akciğer hastalarının durumlarında kötüleşme
- Verilen ilaçlara karşı alerji veya damarda ağrı olabilir.
- Mide içeriğinin akciğerlere kaçması görülebilir.
- PEG/PEJ yerinde iltihaplanma, kanama, doku ölümü, gıda sızması, hortumun yerinden oynaması veya sıkışması görülebilir.
- İşlem sonrası şiddetli karın ağrısı, ateş, titreme, kusma ve dışkıının siyah gelmesi veya kanlı gelmesi durumunda doktorunuzla hemen görüşmeniz gerekir.

Bu komplikasyonların sonucunda acil tedavi gerekebilir, bazılarının tedavisi için ameliyat olmanız gerekebilir. **ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI** işlemi sonrasında ölüm oldukça nadir oranında bildirilmiştir.

**İşlem sonrası geç dönemdeki riskler :**

Konulan stentler aylar içinde tıkanabilir. Yutma güçlüğü veya kusma şeklinde ortaya çıkabilir, stent yerinden kayabilir, barsakların daha aşağı kesimlerinde takılabilir veya doğal yolla dışkıyla çıkabilir.

Çıkartılan polipin yerinden kanama olabilir.

Endoskopi yapılmasını kabul ediyorum.

Hastanın adı soyadı ve imzası:

Hasta yakınının adı soyadı ve imzası:

Doktorun adı soyadı ve imzası:





**İÇ HASTALIKLARI A.D. GASTROENTEROLOJİ B.D.  
KOLONOSKOPI İŞLEMİ İÇİN HASTA AYDINLATILMIŞ  
ONAM FORMU**

**KOLONOSKOPI İLE NE TÜR İSTENMEYEN ETKİLER (KOMPLİKASYONLAR) OLABİLİR?**

**İşlem sonrasındaki erken dönemdeki riskler:**

**KOLONOSKOPI** genellikle güvenli bir işlemdir fakat bazı komplikasyonlar olabilir. Toplam komplikasyon oranı, çoğunlukla hafif olmakla birlikte %10 civarındadır.

- Karın ağrısı
- Karın şişliği, tuvalete çıkma isteği
- Makatta ağrı ve yanma
- Kanama (%2-3)
- Barsak delinmesi (0,5-1)
- Karaciğer yırtılması
- Dalak yırtılması
- Kalp ve akciğer hastalarının durumlarında kötüleşme
- Verilen ilaçlara karşı alerji veya damarda ağrı olabilir.
- Baş dönmesi, baygınlık
- İşlem sonrası şiddetli karın ağrısı, ateş, titreme, kusma ve dışkıının siyah gelmesi veya

kanlı gelmesi durumunda doktorunuzla hemen görüşmeniz gerekir. Bu komplikasyonların sonucunda acil tedavi gerekebilir, bazılarının tedavisi için ameliyat olmanız gerekebilir. **KOLONOSKOPI** işlemi sonrasında ölüm oldukça nadir oranda bildirilmiştir.

**İşlem sonrası geç dönemdeki riskler:**

Konulan stentler aylar içinde tıkanabilir. Kabızlık ve gaz çıkaramama, karın şişliği veya kusma şeklinde ortaya çıkabilir, stent yerinden kayabilir, barsakların daha aşağı kesimlerinde takılabilir veya doğal yolla dışkıyla çıkabilir. Çıkarılan polipin yerinden kanama olabilir.

Kolonoskopi yapılmasını kabul ediyorum.

**Hastanın adı soyadı ve imzası:**

**Hasta yakınının adı soyadı ve imzası:**

**Doktorun adı soyadı ve imzası:**





**İÇ HASTALIKLARI A.D. GASTROENTEROLOJİ B.D.  
KOLONOSKOPI İŞLEMİ İÇİN HASTA AYDINLATILMIŞ  
ONAM FORMU**

**KOLONOSKOPI NEDİR?**

**KOLONOSKOPI**, kalınbarsağın muayenesi için yapılan bir işlemdir. İşaret parmağı kalınlığında, bükülebilir ve ışık veren, uzun tüp şeklindeki alet, makattan kaydırıcı jel ile sokularak körbarsağa ve oradan incebarsağın son kısmına (terminal ileum) ulaşılır. Adı geçen organların içduvarlarının yüzeyi incelenir.

**KOLONOSKOPI NE İÇİN YAPILIR?**

Kalınbarsaktan köken aldığı düşünülen hastalıkların tanı ve tedavisinde; kansızlık, süregelen ishal ve kabızlık, barsak kanaması ve tümör vb. yapılır.

**NASIL BİR HAZIRLIK GEREKİR?**

Kalınbarsağınız boş olmalıdır, bunun için muayeneden önce en az 8 saattir ve bir şey yememiş- içmemiş olmanız gerekmektedir. Daha önce size verilen diyet önerilerine ve barsak temizliği için verilen ilaçlarınızı kullanarak gelmiş olmanız gerekmektedir. Önemli ilaçlarınızı az miktarda suyla içebilirsiniz. Şurup şeklindeki ilaçları içmeyiniz. Önemli bir hastalığınız (özellikle romatizmal kapak hastalığı, kalp kapak değişimi, kalp pili) veya özellikle alerjiniz varsa ya da herhangi bir ilaç kullanıyorsanız doktorunuza mutlaka söylemelisiniz. Özellikle işlemden önceki 1 hafta içinde **ASPIRİN** kullanılmış olmamalıdır. **COUMADİN VE PLAVIX VE DİĞER KAN SULANDIRICI İLAÇLAR** kullanıyorsanız bunları mutlaka bize bildirmelisiniz. Gereğinde işlemin rahat yapılabilmesi için size sakinleştirici ilaç verilecektir. Bu ilaç reflekslerinizi ve karar vreme yeteneğinizi etkileyeceğinden, işlem sonrası **araç kullanılmamalı, önemli kararlar vermemelisiniz.** Başka bir hastaneden geliyorsanız yanınızda muhakkak bir refakatçi ile gelmelisiniz. Gözlüklerinizi, çıkabilen takma dişlerinizi, kontakt lensinizi ve değerli eşyalarınızı işlem odasına girmeden refakatçinize vermelisiniz.

**İŞLEM NASIL YAPILACAK?**

Yüzüstü yatacaksınız ve daha sonra alet makatınızdan sokularak kalınbarsağınıza geçilecek. Bu sırada kalınbarsağın şişirilmesi için hava verileceğinden bir miktar şişkinlik hissi olacaktır. Aletin keskin köşeleri geçişi sırasında şiddeti değişen oranda karın ağrısı olabilir. Ağrınız olduğunda bunu hekiminize bildirmeniz gerekmektedir. Çünkü bu onun için durmasını gerektirir bir uyarı olacaktır. İşlem 20-75 dakika kadar sürebilir.

**KOLONOSKOPI SIRASINDA NELER YAPILABİLİR?**

**Biopsi:** Tümöral oluşum, kalınbarsak ülseri, polip, süregelen ishal ve kalınbarsak iltihabının doku tanısı için yapılır.

**Balon/buji dilatasyonu (genişletme):** Kalınbarsakta aletin geçişine izin veremeyen darlıklarda

**Stent yerleştirme:** Stentler metal veya plastik tellerden yapılmış, dışkının geçişini sağlayan boru şeklinde yapılardır.

**Rektal tüp yerleştirme:** Bazen bir ucu kalınbarsakta olan, bir ucu makattan dışarıya çıkarılan plastik tüp takılabilir. Bu işlem barsak tıkanıklığı nedeniyle gaz ve dışkı çıkaramayan hastalara uygulanabilir.

**Kurutucu madde şırınga etme (adrenalin, etoksisklerol, alkol vbg), dağlama, kement atma ve zimba atma:** Kanamalarda yukarıdaki uygun işlemlerden biri yapılır.

**Polipektomi:** Polip denen olağan dışı et kabartılarının çıkarılması.

**İŞLEM SONRASI NE OLACAK?**

Eğer yapıldıysa sakinleştirici ilacın etkisi geçinceye kadar bir süre gözleneceksiniz. makatınızda bir iki gün hafif ağrı hissedebilirsiniz. İşlem sonrasında kısa süreli karında ağrı ve şişkinlik hissi olabilir.





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
Hemşirelik Hizmetleri



GÜNÜBİRLİK HASTA  
ANAMNEZ FORMU

Adı Soyadı:		Yaş:		Yatış Tarihi:	...../...../20....
Protokol No:		Servisi/Bölümü:			
Gerektiğinde İletişim Kurulacak Kişinin Telefon Numarası: 1)..... 2).....					

Eğitim Durumu:	Geldiği Yer:	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Ameliyathane
	Ön Tıbbi Tanı	<input type="checkbox"/> .....Kliniği

Hastanın Yakınması:	.....
Kronik Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer:.....
Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ( belirtiniz ).....
Sürekli Kullandığı İlaçlar	1)..... 3)..... 5)..... 7)..... 2)..... 4)..... 6)..... 8).....
Kullandığı Protez:	<input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı <input type="checkbox"/> Diğer:.....

Allerjisi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Varsa Belirtiniz.....
Ahşkanlıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Varsa Belirtiniz.....

Kan Grubu:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Evet ise; Reaksiyon gelişti mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (açıklayınız).....

İhtiyaç var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Varsa İzolasyon Şekli Belirtiniz.....
KISITLAMA İHTİYACI		
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Evet ise kısıtlama formu doldurunuz )	
Düşme riski:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Var ise düşme değerlendirme formu doldurunuz )	

Hastanın Servise Oryantasyonu			
<input type="checkbox"/> Yemek Saati	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Hemşire-Hekim Odası	<input type="checkbox"/> Refakatçi
<input type="checkbox"/> Ziyaret Saati			<input type="checkbox"/> Tuvalet

Taburculuk esnasında yardıma ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz).....
Taburculuk sonrası mevcut yaşam koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Anne/Baba <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Bakımevi
Taburculuk esnasında görüşmesi gereken birim var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> *Evet (belirtiniz).....
Evde bakım ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> *Evet
Taburcu desteği ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> *Evet
Evet, ise taburcu desteği	<input type="checkbox"/> *Ev bakıcısı <input type="checkbox"/> *Ekonomik destek <input type="checkbox"/> *Ulaşım <input type="checkbox"/> *Araç-gereç ihtiyacı
Eğitim	İlaç <input type="checkbox"/> Tıbbi cihaz <input type="checkbox"/> Beslenme <input type="checkbox"/> Egzersiz <input type="checkbox"/> Kontrol zamanı
Hasta	Diger.....(bakıma ilişkin dikkat edilecek noktalar)
Hasta yakını	Sigara <input type="checkbox"/> El hijyeni <input type="checkbox"/> Cinsel yaşam
*Gereksinim saptanan konu ile ilgili sosyal servis biriminden .....kişi ile .....tarih .....saatte görüşüldü.	

GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ  
(Adı Soyadı/ imza )  
Tarih/saat

GÖRÜŞMEYİ YAPAN HEMŞİR  
(Adı Soyadı/imza)  
Tarih /saat









T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



502334

1500

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hastanın adı soyadı:

Başvuru şekli:  
Mersin içi  
Mersin dışı

Gönderen:  
1. Kendileri  
2. Eğitim kuruluşu  
3. Psikiyatris  
4. Özel Dr.  
5. Adli makam  
6. Konsültasyon

Yaş:

Kardeş sayısı:

Kaçıncı Çocuk:

Kendi cinsinden kardeşi:

Eğitimi:  
1. Okula hiç gitmemiş  
2. Anaokulu-Kreş  
3. Özel Eğitim  
4. Anasınıfı  
5. Özel alt sınıf  
6. İlk 1  
7. İlk 2  
8. İlk 3  
9. İlk 4  
10. İlk 5  
11. İlkokul bitirmiş okumuyor  
12. Orta 1  
13. Orta 2  
14. Orta 3  
15. Lise 1

Anne:  
1. Var

2. Yok

Annenin eğitimi:

1. Yok  
2. Okur yazar  
3. İlkokul  
4. Ortaokul  
5. Lise  
6. Y.O

Annenin işi:

1. Ev Hanımı  
2. Düzensiz (Evde)  
3. Düzensiz (Dışarıda)  
4. İşçi  
5. Memur  
6. Serbest  
7. Yönetici  
8. Sağlık memuru  
9. Emekli

Annenin yaşı:

Üvey anne:  
1. Var  
2. Yok

Annede hastalık:  
1. Geçici  
2. Süreğen

Annede Ruhsal Hastalık  
1. Nöros  
2. Psikoz  
3. Bağımlılık  
4. Zeka Geriliği  
5. Kişilik Bozukluğu  
6. Diğer

Baba:  
1. Var  
2. Yok

Baba eğitimi:  
1. Yok  
2. Okur-Yazar  
3. İlkokul  
4. Ortaokul  
5. Lise  
6. Y.O

Baba işi:  
1. Çalışmıyor  
2. Düzensiz (Evde)  
3. Düzensiz (Dışarıda)  
4. İşçi  
5. Memur  
6. Serbest  
7. Yönetici  
8. Sağlık Mesubu  
9. Emekli  
10. Asker

Baba yaşı:

Üvey baba:  
1. Var  
2. Yok

Babada hastalık:  
1. Geçici  
2. Süreğen

Babada ruhsal hastalık:  
1. Nöros  
2. Psikoz  
3. Bağımlılık  
4. Zeka geriliği  
5. Kişilik bozukluğu  
6. Diğer

Baba alkol kullanıyor mu?  
Kullanıyorsa ne sıklıkta?

Ailenin durumu:  
1. Anne baba birlikte  
2. Boşanmış  
3. Parçalanma

Ailede ruhsal hastalıklar:

Anne baba arasında akrabalık:  
1. Var  
2. Yok

1. Çekirdek aile  
2. Geniş aile  
3. Anne ile  
4. Baba ile  
5. Üvey anne ya da baba ile  
6. Akraba ile  
7. Korucu ile  
8. Evlat edinilmiş  
9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor)  
10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor)

Ailenin konut standardı:  
1. Apartman dairesi  
2. Müstakil ev  
3. Gecekondu  
4. Köy evi  
5. Diğer

Ayrı odası:  
1. Var  
2. Yok

Ayrı yatağı:  
1. Var  
2. Yok

Çocuğun doğumundan bu yana il dışı  
yaşanan göç:  
1. Var  
2. Yok

Annenin Doğurduğu yaşı:

Kardeş ölümü:  
1. Var  
2. Yok





T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş: 1. Var 2. Yok	Yürüme ayı (Desteksiz) Konuşma ayı (Cümle kurma) Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)	Tanı: 1. 2. 3.
Gebeliğin seyri: 1. Normal 2. Düşük tehdidi 3. İlaç kullanımı 4. Sistemik hastalık 5. Dayak 6. TORCH 7. Anemi	Bakan kişi: 1. Anne 2. Baba 3. Anneanne, babaanne 4. Bakıcı 5. Diğer	Belirti: 1. 2. 3.
Gebelikte doktor kontrolü: 1. Var 2. Yok	Anneden ayrılık(6 haftadan fazla) 1. Var 2. Yok	Organik: 1. 2. 3.
Doğum: 1. Evde 2. Hastanede	Ayrılık yaşı: Geçirdiği önemli hastalık: 1. Var 2. Yok	
Doğum süresi: 1. Miadında 2. Erken doğum 3. Geç doğum	Konvizisyon 1. Ateşli 2. Ateşsiz 3. Yok	
Doğum şekli: 1. Normal 2. Aletle 3. Sezeryan	Menarj: 1. Var 2. Yok	
Doğumda komplikasyon: 1. Ters geliş 2. Kordon dolanması 3. Anoksi 4. Uzanmış travay 5. Makonyum sapirasyonu	Sünnet: 1. Var 2. Yok	
Bebeğin doğumundan sonraki ilk durumu: 1. Normal 2. Mor ve ağlıyor 3. Mor ve ağlamıyor 4. Küvezde bakım	Çocuğunuzu döver misiniz? 1. Evet 2. Hayır	
İkiz ise: 1. Teki yaşıyor 2. Ölü	Ne sıklıkta? Kim tarafından?	
Beslenme (ilk 6 ay) : 1. Anne sütü 2. Mama 3. Birlikte 4. Diğer	Ebeveyn dayak yiyor mu? 1. Evet 2. Hayır	
Kundaklama: 1. Var 2. Yok	Ne sıklıkta? Kim tarafından?	
Varsa Süre:		





**DSM-IV'E DAYALI DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME  
ENVANTERİ ANNE/BABA/ÖĞRETMEN (Turgay, 1995)**

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu an çocuğunuzu / öğrencinizin durumunu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin.

	DİKKAT EKSİKLİĞİ	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
		Hiç	Biraz	Sıklıkla	Çok sık
1	Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2	Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3	Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme veya dinlemiyormuş gibi görünme	0	1	2	3
4	Okul ödevlerini ya da verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (işleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede / planlamada güçlük çeker	0	1	2	3
6	Uzun zihinsel çaba (kafayı çalıştırmayı gerektiren matematik, türkçe ödevleri gibi) gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7	Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8	Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
<b>HİPERAKTİVİTE</b>					
1	El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2	Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3	Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4	Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5	Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6	Çok konuşma	0	1	2	3
7	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8	Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9	Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3
<b>DEB / DEHB ile ilişkili özellikler</b>					
1	Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2	Başlanan bir işi bitirememe ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3	Aynı anda pek çok işle / projeye uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük çekme	0	1	2	3
4	Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5	Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6	Sıklığa tahammül edememe	0	1	2	3
7	Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8	Sabırsızlık; engellenme eşliğinin düşük olması	0	1	2	3
9	Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10	Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11	Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12	Aniden parlamaya, tepki gösterme	0	1	2	3
13	Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14	Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15	Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16	Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17	Zamanı ayarlamakta güçlük (10 dk ödevi bir saate yapar gibi)	0	1	2	3
18	Unutkanlık	0	1	2	3
19	Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20	Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21	Kapasiteyle uyumlu bir düzeye ulaşamama (zeki ama çalışmıyor)	0	1	2	3
22	Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi (özgüven sorunları)	0	1	2	3
23	Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
24	Çökkünlük (depresyon), ne yapılırsa yapılsın çabuk bıkmama, doyumsuzluk	0	1	2	3





DSM-IV'E DAYALI DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME  
ENVANTERİ ANNE/BABA/ÖĞRETMEN (Turgay, 1995)

25	İşinden / okulundan zevk alamama				
26	Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27	Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
28	Okul idaresi ya da rehber öğretmeninden uyarılma	0	1	2	3
29	Madde kullanımı (esrar, kokain gibi uyuşturucular....)	0	1	2	3
30	Alkol kullanımı	0	1	2	3
	<b>KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU</b>				
1	Öfkelenir, kontrolünü kaybeder.				
2	Büyükleriyle tartışır.	0	1	2	3
3	Büyüklerin kurallarına ya da isteklerine karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
4	İsteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
5	Kendi yaramazlıkları, hatalı davranışları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
6	Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarının kolay kızdırılır.	0	1	2	3
7	Çoğu zaman içerlenir, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
8	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
	<b>DAVRANIM BOZUKLUĞU</b>				
1	Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.				
2	Kavga dövüşü başlatır.	0	1	2	3
3	Başkalarının ciddi olarak yaralanmasına neden olur. (örneğin taş, sopa, kırık şişe, bıçak, tabanca vs.)	0	1	2	3
4	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
5	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
6	Başkalarının gözü önünde hırsızlık yapar. (örneğin saldırganlık, soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun.)	0	1	2	3
7	Başka birine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.				
8	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
9	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.	0	1	2	3
10	Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
11	Bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler.	0	1	2	3
12	Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar.(mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
13	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az geceleyin 2 kez evden kaçır, (ya da uzun süreli dönmemiş ise bir kez)	0	1	2	3
14	13 yaşından önce iken evden kaçır.	0	1	2	3
15	Yaşı 13'ten önce iken çoğu zaman okuldan kaçır	0	1	2	3

Çocuğunuzun veya öğrencinizin beğendiğiniz özellikleri;.....  
..... Çocuğunuzun veya öğrencinizin düzelmesini ya da geliştirmesini istediğiniz özellikleri.....  
.....





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi



ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

ÇOCUK ALLERJİ EPİDERMAL DERİ TESTİ  
INHALAN ALLERJENLER PANELİ-Stallergenes

Adı-Soyadı :

Yaş :

Cins :

Aldığı ilaçlar ve son aldığı saat :

Tarih :

Protokol No :

Klinik Tanı :

HİSTAMİN	HAMAM BÖCEĞİ(big)
KANATLI HAYVAN-MİX	OLEA
ÇAYIR MİX(5'li)	AT KILI
SALSOLA KALI	D.PTERONYSSINUS

PHLEUM PRATENSE	AĞAÇ MİX-I(betulaceae)
PARIETERIA	KÖPEK EPİTELİ
D.FARINAE	PİNUS SILVESTRIS
CLADOSPORIUM MİX	NEGATİF KONTROL

ANTHOXANTUM ODARATUM	PENİCİLLUM MİX
RHİZOPUS N.	CHENOPODİUM ALBUM
ZEA MAYS	KEDİ EPİTELİ
MAYA MİX(YEAST)	CYNADON DACTYLON

SMUT MİX	TARAXACUM VULGARE
PLANTAGO LANCEOLATA	DACTYLIS GLOM.
CHRYSANTHEMUM	RUMEX ACETOSA
ARTEMİSİA VULGARİS	ALTERNARIA

TRİTICUM SATİVUM	JUGLANS REGİA
AĞAÇ MİX-II(Oleacea)	MOSQUITİO
AĞAÇ MİX-III(Salicaceae)	LATEKS
LEPIDOPHYLUS	AĞAÇ MİX-IV(maplelime)

TAHİL POLEN MİX(4'lü)	AĞAÇ MİX-V(fagaceae)
AMBROSİA	CUPRESSUS S.
ASPERGİLLUS MİX	SECALE CEREALE





