**LOMBER PONKSİYON (BELDEN sıvı ALINMASI) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır,

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirilmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman onamı geri alabilirsiniz.

**Lomber ponksiyon nedir?**

Beyin içindeki boşluklarda ve omurilik çevresinde dolaşan sıvının incelenebilmesi için uygulanan bir yöntemdir. Beyin omurilik sıvısı (BOS), beyin ve omuriliği çevreleyen sıvıdır ve beynin ‘ventrikül’ adı verilen özel bölgelerinde üretilir. BOS, ventriküllerden aşağı doğru, omurilik çevresindeki alana akar. Genellikle berraktır ve az miktarda protein ve şeker (glukoz.) içerir. Çeşitli hastalıkların (enfeksiyon, kanama, tümör, metabolik-dejeneratif, multiple skleroz vb) belirtilerini görebilmek, kafa içi basıncını ölçebilmek veya tedavi uygulayabilmek amacıyla lomber ponksiyon (LP) yapılması gerekebilir. Menenjit (beyin zarlarının infeksiyonu), ensefalit (beyin dokusunun infeksiyonu), subaraknoid kanama (beyin zarları arasına kanama) şüphesi olan olgularda ilk başvurulacak tanı yöntemidir. Diğer bazı nörolojik hastalıklarda tanıya yardımcıdır.

**Uygulama nasıl yapılır?**

Uygulamadan önce işlem sırasında gelişebilen bazı komplikasyonlara (herniasyon; beyin dokusunun omurilik kanalından kayarak ölüme kadar gidebilen bir takım olaylara neden olması) engel olabilmek için gözdibi muayenesi ve sonucuna göre gerekirse Bilgisayarlı Beyin Tomografisi çekilecektir. Lomber ponksiyon yapılırken yan yatırılır ya da oturtulur. Sırta bir antiseptik solüsyon sürülür. Deri içine bazen lokal anestezik enjekte edilebilir. Daha sonra, kalça kemiklerinin hizasında, omuriliğin sona erdiği noktanın altından bele ince bir iğne batırılır. BOS’a ulaşılana kadar iğne hafifçe ileriye doğru itilir. Test yapılmak üzere BOS özel steril tüplere akıtılır.

Bazen lomber ponksiyon işlemi zordur. Belinden ameliyat geçirmiş kişiler, skolyoz (kamburluk) gibi sırtında şekil bozukluğu olanlar, çok şişman hastalar ve çocuklarda lomber ponksiyonda zorluk çıkma olasılığı daha fazladır. Hasta pozisyonla ilgili talimata uyarsa, işlem kolaylaşır. İşlemin 15-30 dk arasında sürmesi beklenir.

**İşlemin komplikasyonları ve riskleri nelerdir?**

Uygulama alanında kanama ve bunun sonucunda kanama şiddetine bağlı olarak hematom (kanlı şişlik) gelişebilir. İğne girişinin olduğu bölgeden kalıcı beyin omurilik sıvısı sızıntısı olabilir. İşlem uygulanan bölge sinir köklerinin çıkış bölgesine yakın olduğu için sinir hasarı olabilir. Lomber ponksiyon sonrası baş ağrısı ve bel ağrısı görülebilir. Uygulama alanındaki deride infeksiyon gelişebilir. Nadiren herniasyon (beyin dokusunun omurilik kanalından kayarak ölüme kadar gidebilen bir takım olaylara neden olması) ve buna ikincil solunum ve kalp durması ve burada yazılı olan olaylar dışında nadir görülen komplikasyonlar da görülebilir. İşlem sonrasında 24 saat içinde işlem yerine konan spanç kaldırılır.

**Alternatif Tedavi Seçenekleri nelerdir?**

Bu işlemin yerini tutacak ve aynı amaçlara hizmet edecek alternatif girişim bulunmamaktadır

# **İşlem Hakkında Bilgilendirme**

Hastalığınızın tanı/tedavisi için lomber ponksiyon (belden sıvı alınması) gerekmektedir. özel bir iğneyle bel kısmından girilip omuriliği kaplayan zarların geçilerek beyin-omurilik sıvısına ulaşılması işlemine lomber ponksiyon denir. Lomber ponksiyon genellikle beyin-omurilik SIVISI örneği elde etmek için yapılır. Beyin-omurilik sıvısının incelenmesi ile menenjit gibi bazı enfeksiyon hastalıklarının tanısı konulabilmektedir. Ayrıca, bazı kanser türlerinde beyine, omuriliğe ve bunları kaplayan zarlara yayılma olup olmadığını anlamak için, bazı kafa içi basınç artımı hastalıklarında multiple skleroz ve sinir iltihabı durumlarında lomber ponksiyon yapılması gerekir. Lomber ponksiyon izlem ve tedavinin planlı bir bölümü olabilir.

Girişim öncesinde hekim sizinle görüşerek işlem hakkında bilgi verecektir. Uygulanacak işlem

Lomber ponksiyon girişimi genellikle hasta dizlerini karnına çekmiş bir şekilde yan tarafına yatırılarak (nadiren hasta oturtulup öne eğik pozisyon verilerek) bel bölgesindeki omurların arasındaki boşluktan yapılır. Hastaya pozisyon verildikten ve hareketsiz durması sağlandıktan sonra girişimin yapılacağı yerin üzerindeki cilt antiseptik solüsyonla silinerek üzeri delikli steril örtü ile örtülür. Lomber ponksiyon yapılabilmesi için cilt ve cilt altının özel iğne ile delinmesi gerekir. İşlem sırasında iğnenin batırıldığı yerde, cilt ve cilt altı dokularda iğne batmasına bağlı acı duyulur. Bunu en aza indirmek için cilt ve cilt altına lokal anestezi uygulanarak uyuşturulabilir. Yapılacak incelemeler için gereken en az miktarda bel sıvısı steril tüplere alınır, Bütün bu işlemler yaklaşık 10-15 dakika sürer,

Lomber ponksiyon girişimi tamamlandıktan sonra girişimin yapıldığı yerde cilt üzerine steril gazlı bez ile 2-3 dakika bası uygulanır; kanama ve sızma kontrolü yapılır. Sonra bu yer steril gazlı bez ile kapatılır ve f[aster yapıştırılır.

# **Ortaya Çıkabilecek Yan Etkiler**

Lomber ponksiyon sonrası hasta baş ağrısı hissedebilir. Baş ağrısı hafif olabileceği gibi bazen şiddetli de olabilir. Baş ağrısı durumunda hastanın sırt üstü düz yatırılması rahatlatıcı olacaktır; rahatlamazsa ağızdan parasetamol gibi ağrı kesici ilaç kullanılması gerekebilir, Böyle bir durumda hekimle iletişime geçmesi gerekir.

Aspirin kanamaya eğilim yaratabileceğinden alınmamalıdır. Ayrıca bol sıvı alınması da baş ağrısını önler veya azaltır. Bazen de hastanın girişim yapılan yerde ağrısı olabilir, bu durum genellikle geçici olsa da ağrı kesici verilmesi gerekebilir.

Yerel uyuşturma için kullanılan ilaca karş nadiren alerjik tepki gelişebilir. Bu durumda hekim size gerekli girişimi yapacaktır.

Seyrek olarak girişim yapılan yerden uzayan kanama veya beyin-omurilik SIVISI sızması veya girişim yerinde kızarıklıkl sıcaklık artışı ve ağrı ile kendini gösteren enfeksiyon görülebilir. Bunlar uygun şekilde tedavi edilebilecek durumlardır. Hastaneden ayrıldıktan sonra böyle durumlar dikkatinizi çekerse hemen hekimi arayıp durumu bildirmelisiniz.

# **Diğer Tedavi Seçenekleri**

Günümüzde bu girişimin yerini tutacak ve aynı amaca hizmet edecek alternatif yöntem yoktur.

**Hastanın Sağlığı için Kritik Öneriler**

Hastanın önemli tıbbi sorunları, kullandığı ilaçlan, varsa kanama sorunu, alerji durumu (ilaçlara, latekse, flastere vb.) veya başka hastalıklar girişimden önce hekime mutlaka söylenmelidir.

Lomber ponksiyon sonrasında en az 30 dakika süreyle sırt üstü düz yatılması gerekir. Eve dönüldüğünde izleyen 24 saatte mümkün olduğu kadar dinlenilmelidir. İşlem sonrasında 48 saat kadar süre ile spor gibi yorucu aktivitelerden kaçınılmalıdır.

|  |
| --- |
| **Hastaya ait kişiye özel durumlar ve olası riskler :**  *Hikaye, yapılmış olan tedaviler, medikal özgeçmiş (hastanın yakınmaları ve süresi, kullandığı ilaçlar, alerji ve alışkanlıkları ) , Son fizik muayene bulguları, Ön tanı, Önerilen tedavi/cerrahi müdahalede hastaya ait olabilecek riskler, Planlanan müdahale alternatifleri ve riskleri üzerine hastaya ait özel durumlar, Alternatif tedaviler ve riskleriyle ilgili hasta özelinde varsa ifade edilmesi gereken durumlar, Önerilen tedavinin riskleri ve ameliyat sonrası hastanın kişiye ait özel durumlarından kaynaklanabilecek olası riskler, Ek cerrahi girişim ihtimali , ilgili cerrahi öncesi gerekecek tanısal testlerin detaylar ve riskleri, gerekebilecek ilaç tedavisinin olası yan etkileri ve risklerinden kişiye ait özel durumlar nedeniyle özellikle bahsedilmesi gerekenler* |

**Onam Doğrulama:**

Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ve Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve yardımcılarını \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ameliyatımı yapmaları için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu önerilen müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum. Girişim başladıktan sonra onamımın geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlı olduğunu biliyorum.

Dokunun kullanımı : Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir.

Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi araştırma : Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum.

Fotoğraf/İzleyiciler : Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

* Alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların riskini biliyorum.
* Müdahalenin risk ve yan etkilerini biliyorum.
* Başarı olasılığını biliyorum.
* Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.
* Yapılacak işlemin iyileştirme garantisi olmayabileceğini anlıyorum.
* Bana söylenenlerin tümünü anladım.
* Doktorum tüm sorularımı cevapladı.
* Doktorum burada yazılanları teker teker benim anlayabileceğim şekilde net anlaşılır ve açıklayıcı biçimde bana anlattı.
* Ameliyatıma dahil olacak ,cerrahimi gerçekleştirecek , cerrahime danışmanlık eden, gereği halinde ameliyata icabet edecek ameliyatın bir kısmını ,önemli bir kısmını-aşamasını veya gereği halinde tamamını gerçekleştirmek veya gerçekleştirilmesine yardımcı olabilmek için organize olmuş, ihtiyaç halinde gerekebilecek her türlü müdahale için hazır bulunan, ameliyatımın sorumluluğunu almış ameliyatımla ilgili karar süreçlerine dahil olmuş ameliyatımın başarılı geçmesi için uğraşan tüm hekimleri biliyorum ve bu hekim ekibini ameliyatımın sorumluluğunu alması için yetkilendiriyorum.
* Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktorun yetkisi, bilgisi, planlaması, sorumluluğu, gözlemi, gözetimi ve yönetimi altında, cerrahi planlama ve görev paylaşımı sonucunda kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan asistan/araştırma görevlisi hekimin kim olduğunu biliyorum ve her koşulda girişimi gerçekleştirecek kişinin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum.
* Aydınlatılmış onam formunun anlamını biliyorum.
* Tedavinin yaklaşık maliyeti konusunda bilgilendirildim.
* Bana müdahale yapacak kişileri, müdahale yapması ihtimali olan kişileri biliyorum.
* Kendi özgür irademle karar veriyorum.
* Müdahaleden makul süre önce ikinci bir görüş almaya yetecek kadar ve burada yazılanları sakince, avantaj ve dezavantajları düşünecek kadar zamanım oldu.
* Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım.
* Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formda hedeflenen girişim veya girişimlerin bir kısmının veya tamamının sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için gerçekleştirilememe ihtimali de olduğunu anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hasta(mutlaka kendisi imzalamalıdır.)  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Hastanın Yasal Temsilcisi  Adı soyadı:  Yakınlık derecesi:  Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:   * Hastanın bilinci kapalı * Hastanın karar verme yetisi yok * Hasta 18 yaşından küçük * Acil | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Şahit  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi :  Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor :  Ameliyat Ekibine dahil Sorumlu Başasistan :  Ameliyat Ekibine dahil olan diğer Doktorlar : | |  | |  |  |
| Bilgilendirmeyi yapan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Tercüman (ihtiyaç halinde) Adı soyadı: | İmza: | | Tarih: | | Saat: |
|  |  |  |  |  |  |

\* 18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

\* Formun son sayfasında muhatap tarafından kendi el yazısı ile ‘**’ Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı, kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’** şeklinde yazılıp imzalanması gerekir.

\*Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfaları muhatap tarafından ‘’**okudum’’** yazarak imzalanmalıdır.

\*Bu formda mutlaka **bilgilendirmeyi yapan hekimin, hastanın kendisinin veya hastanın yasal temsilcisinin ve en az bir şahitin** imzasının bulunması şarttır.

\*Bu formu iki nüsha olarak basılmalı ve her ikisi de imzalandıktan sonra biri hastaya verilmeli diğeri hastanın dosyasına konulmalıdır.

(‘’Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı. Onam doğrulama bölümündeki tüm maddeleri okudum, anladım, kabul ediyorum. Kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’)

***(Bu bölüm hastanın veya yasal temsilcisinin mutlaka kendi el yazısı ile aşağıdaki alana yazılacaktır ve imzalanacaktır.)***

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**