

AMNİYOSENTEZ İŞLEMİ AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ

HASTA BİLGİLERİ

Ad-Soyad:	Doğum Tarihi:	Gebelik Haftası:
Kurum Protokol No:	TC Kimlik No:	İşlem Tarihi:
		Kan grubu:

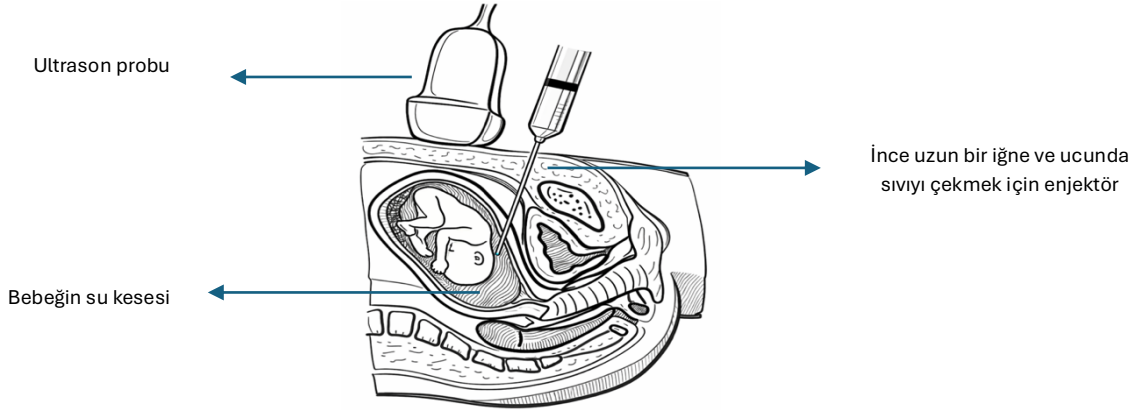
BİLGİLENDİRME

Tıbbi durumunuz için size önerilen tanı veya tedaviye yönelik tüm uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Amniyosentez işleminin fayda ve olası risklerini öğrendikten sonra işlemi kabul edip etmemek sizin kararınızdır. Bu açıklamanın amacı; sağlığınız ve bebeğinizin sağlığı ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek, alınacak kararla ilgili kafanızda soru işareti kalmamasını sağlamaktır.

Amniyosentez işleminden beklenen faydalar, bebeğinizde bazı genetik hastalıkların olup olmadığını, sizin geçirdiğiniz bazı enfeksiyonların bebeğinize geçip geçmediğini öğrenmek, veya daha nadiren amnion sıvısından yapılan belirli biyokimyasal testler ile bebeğin içinde bulunduğu tıbbi durumu aydınlatmaktır. Bu işlem size yüksek riskli bir tarama testi (ikili test, üçlü test, dördümlü test, hücre dışı DNA testi vb.) sonucu, ultrasonda bebeğinizde normalin dışında bir bulgu görülmesi, ailenizde bulunan bazı kalıtsal hastalıkların tanısı için, bebeğinize geçmiş olabilecek bazı enfeksiyonlardan şüphelenilmesi sonucu önerilmiş olabilir veya; gebelikteki tüm tarama ve tanı testleri hakkında bilgilendirildikten sonra siz amniyosentez yaptırmayı seçmiş olabilirsiniz.

İşlemin Tanımı ve Uygulanışı

- Tanım:** Amniyosentez, gebelikte test amacıyla az miktarda amniyotik sıvının (bebeği çevreleyen sıvı) ince bir iğne ile alınması işlemidir. Amniyotik sıvı, rahim içinde gelişmekte olan bebeği çevreleyen sıvıdır; bebeğin sağlığı hakkında bilgi verebilecek hücreler ve kimyasallar içerir.
- Zamanlama:** Genellikle gebeliğin yaklaşık 15. haftasından sonra yapılır.
- Uygulama:** Ultrason eşliğinde, steril koşullarda ince bir iğneyle bebeğin su kesesine girilerek yaklaşık 20 cc sıvı alınır. İşlem için genellikle bir sedasyon veya anesteziye gerek yoktur.
- Süre:** İşlem sadece birkaç dakika sürer. Alınan miktar çok az olduğu için bebeğinizde su azlığına yol açmaz. Nadiren, iğne ile iki kez giriş gerekebilir.



Riskler ve Komplikasyonlar

- Ağrı, kramp:** İşlem sırasında ve sonrasında hafif kramp benzeri ağrı yaşanabilir.
- Vajinal sıvı sızıntısı:** Nadir görülür, genellikle 1-2 hafta içinde kendiliğinden düzelir.
- Vajinal kanama:** Nadirdir. Çoğu vakada kendiliğinden geçer.
- Enfeksiyon ve erken doğum:** Çok ciddi enfeksiyon, düşük veya erken doğum riski oldukça düşüktür.
- Hücre ürememesi:** Yaklaşık 1/1000 oranında laboratuvar ortamında hücre çoğaltılamayabilir; bu durumda farklı testler veya tekrar amniyosentez gerekebilir.
- Gebelik kaybı (düşük):** Uzman ellerde ve ultrason eşliğinde yapıldığında girişime bağlı gebelik kaybı riski 1/1000 ile 3/1000 arasındadır. Bazı ülke çaplı çalışmalar işlemin bazal düşük riskini %1-2 oranında artırabildiğini göstermektedir.
- Organ yaralanması:** Bağırsak yaralanması, işlem ultrason altında yapıldığı için çok nadirdir ancak gerçekleşmesi durumunda ciddidir.
- Anne ölümü:** Çok nadirdir. Genellikle ciddi enfeksiyona bağlıdır.

Önemli Notlar

- Sonuç Süresi:** Testin türüne göre sonuçların çıkması birkaç gün (hızlı testler) ile haftalar (gen düzeyinde çalışmalar) arasında değişebilir.
- Kan Uyuşmazlığı:** Kan grubunuza göre kan uyuşmazlığı iğnesi (anti-D immünglobulin) yapılması gerekebilir.
- Kısıtlılık:** Bu test tüm engellilik durumlarını veya hastalıkları göstermez; genetik sonuçta bir anormallik olmasa dahi birçok zekâ gerilikleri veya sakatlıklar bu test ile saptanamaz.

HASTA ONAYI (RIZA)

Hekim bana aşağıdaki risklerin olduğunu bildirdi:

.....

Dr..... tarafından işlemin yapılmasını onaylıyorum.

Yapılacak olan amniyosentez işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları, riskleri ve işlemi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçlar bana ayrıntılı olarak açıklandı.

Amniyosentez işleminin yapılmasını kendi rızam ile.....

☐ KABUL EDİYORUM / İZİN VERİYORUM.

☐ KABUL ETMİYORUM / İZİN VERMİYORUM.

Hasta Adı Soyadı:

Hastanın Yakını Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Tarih / Saat:

Tarih / Saat:

İmza:

İmza:

HEKİM ONAYI

Yukarıda anlatılan işlemin nedenini, faydalarını, risklerini, işlem sonrası bakımı ve tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceğini hastaya/kanuni sorumlusuna anlattığımı onaylıyorum.

Doktor Adı Soyadı:

Tarih / Saat:

İmza: