

KORDOSENTEZ İŞLEMİ AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ

HASTA BİLGİLERİ

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

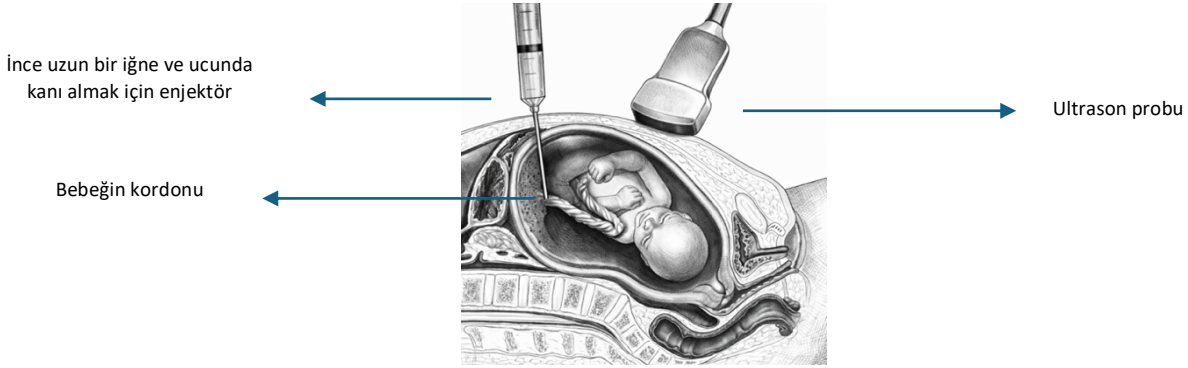
BİLGİLENDİRME

Tıbbi durumunuz için size önerilen tanı veya tedaviye yönelik tüm uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Kordosentez işleminin fayda ve olası risklerini öğrendikten sonra işlemi kabul edip etmemek sizin kararınızdır. Bu açıklamanın amacı; sağlığını ve bebeğinizin sağlığı ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek, alınacak kararla ilgili kafanızda soru işareti kalmamasını sağlamaktır. Kordosentez işleminden beklenen faydalar, bebeğinizin genetik yapısını, sizin geçirdiğiniz belirli enfeksiyonların bebeğinize geçip geçmediğini öğrenmek, bebeğin kan sayımına bakmak ve anne karnında kan nakli gerekip gerekmediğini tayin etmektir.

Bu işlem size yüksek riskli bir tarama testi (ikili test, üçlü test, dördü test, hücre dışı DNA testi vb.), ultrasonda bebeğinizde normalin dışında bir bulgu görülmesi, bebeğinize geçmiş olabilecek bazı enfeksiyonlardan şüphelenilmesi sonucu önerilmiş olabilir, bu durumlar için gebelik haftasına göre koryon villüs örnekleme(KVÖ) veya amniyosentez daha çok tercih edilir ancak gebelik haftanız ilerlemişse kordosentez de uygulanabilir. Ayrıca ultrasonda bebekte anemi (kansızlık) bulguları görüldüyse, aneminin kesin tanısı ve gerekirse anne karnında bebeğe kan nakli yapmak için kordosentez gerekir.

İşlemin Tanımı ve Uygulanışı

- Tanım:** Gebelikte test amacıyla az miktarda fetal (bebek) kanın ince bir iğne ile fetüs ve anne arasındaki göbek kordonundan alınması işlemidir.
- Zamanlama:** . Bu test genellikle gebeliğin yaklaşık 22. haftasından sonra yapılır, ancak gerekli durumlarda daha erken haftalarda da yapılabilir
- Uygulama:** Ultrason eşliğinde, bebeğin yerleşimi, plasenta ve göbek kordonunun yeri kontrol edildikten sonra, steril koşullarda ince bir iğneyle kordondaki damarlardan birine girilip, az bir miktar (2-4 cc) fetal kan alınır.
- Süre:** Birkaç dakika kadar sürer. Nadiren, iğne ile iki kez giriş gerekebilir.



Riskler ve Komplikasyonlar

Kordosentez işlemi, amniyosentez (bebeğin sıvısından örnek alma) ve KVÖ (bebeğin plasentasından örnek alma) işlemlerine göre daha yüksek risklidir, ancak bazı durumlarda gerekli olabilir. Kordosentez girişimsel bir işlemdir ve aşağıdaki riskleri barındırır:

- Ağrı, kramp:** İşlem sırasında ve sonrasında hafif kramp benzeri ağrı yaşanabilir.
- Kordon kanaması (%30):** Kordondaki işlem yerinden sızıntı şeklinde kanama olabilir.
- Bebek kalp atışında yavaşlama (%10):** Genellikle geçicidir.
- Gebelik kaybı/düşük (%2):** İşleme bağlı gebeliğin kaybedilme riskidir.
- Erken doğum (%3-12):** İşlem sonrası kasılmaların tetiklenmesi riskidir.
- Başarısızlık:** Teknik ya da bebeğe bağlı sebeplerden kan örnekleme yapılamayabilir. Bu durumda yeniden deneme yapılabilir.
- Nadir riskler:** Annede enfeksiyon veya çok nadiren bağırsak yaralanması.

Önemli Notlar

- Kısıtlılık:** Bu test tüm genetik hastalıkları veya zeka geriliklerini saptamaz. Sadece talep edilen spesifik incelemeler hakkında bilgi verir.
- Kan uyumsuzluğu:** Kan grubunuza göre kan uyumsuzluğu iğnesi (anti-D immünglobulin) yapılması gerekebilir.
- Sonuç süresi:** Testin türüne göre sonuçlar birkaç gün ile haftalar arasında değişebilir (hızlı kromozom testleri birkaç günde sonuçlanabilirken, gen düzeyindeki çalışmaların bir ayı geçmesi beklenir).
- Kordosentezin** yapıldığı gebelik haftasına göre doktorunuz gözlem amaçlı hastanede yatış, bebek için akciğer geliştirici iğne (olası erken doğum riski nedeniyle), doğum durdurucu ilaçlarla tedavi (olası erken doğum riski nedeniyle) önerebilir.

HASTA ONAYI (RIZA)

Hekim bana aşağıdaki risklerin olduğunu bildirdi:

.....

Dr. tarafından işlemin yapılmasını onaylıyorum.

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

Kordosentez 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 ulaşılacağını hastaya/kanuni sorumlusuna anlattığımı onaylıyorum.

Doktor Adı Soyadı:

Tarih / Saat:

İmza: