

ÇOĞUL GEBELİKLERDE RAHİM İÇİNDEKİ BEBEK SAYISININ AZALTILMASI (FETAL REDÜKSİYON/SELEKTİF FETOSİT) 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 ve gebeliğiniz ile ilgili olarak size önerilen tanı veya tedaviye yönelik işlem hakkında bilgilendirilmek; bu işlemin amacı, olası yararları, riskleri ve alternatifleri konusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Önerilen işlemi kabul etme ya da reddetme hakkına sahipsiniz. Bu belge sizi bilgilendirerek yapılması önerilen girişim hakkında bilinçli bir karar verebilmenizi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. İsterseniz sağlığınızla ilgili bilgi ve belgeler size veya yetkilendirdiğiniz kişiye verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluklar dışında, bilgilendirmeyi istememe hakkınız da bulunmaktadır.

Lütfen aşağıda yer alan bilgileri dikkatlice okuyunuz. Anlamadığınız hususlar olması durumunda, bilgilendirme görüşmesi sırasında hekiminizden açıklama talep edebilirsiniz. Bu belge, tarafınıza sözlü olarak yapılan bilgilendirmenin yazılı özetidir ve yasal gereklilikler kapsamında hasta dosyanızda saklanacaktır. Bilgilendirme görüşmesi sonrasında işlemi kabul etmeniz halinde, formu imzalayarak onaylamanız istenecektir.

1.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Bu işlemin amacı; çoğul gebeliğe bağlı olarak artmış olan erken doğum, gebelik kaybı, çoğul gebelik komplikasyonlarını azaltmak ve/veya çoğul gebelikte rahim içindeki bebeklerden (fetus) birinde ciddi yapısal anomali veya yaşamla bağdaşmayan bir durum saptanması halinde, kalan bebek(ler)in gebeliğinin daha sağlıklı bir şekilde devam etmesini sağlamaktır. Bu işlem, gebeliğin gidişatını iyileştirmeyi hedefler; ancak risklerin tamamen ortadan kalktığı garanti edilemez.

2.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: İşlem yapılmadığı takdirde çoğul gebeliklere özgü riskler (erken doğum, düşük, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, uzun dönem morbidite riskleri ve diğer çoğul gebelik komplikasyonları) devam eder veya artabilir.

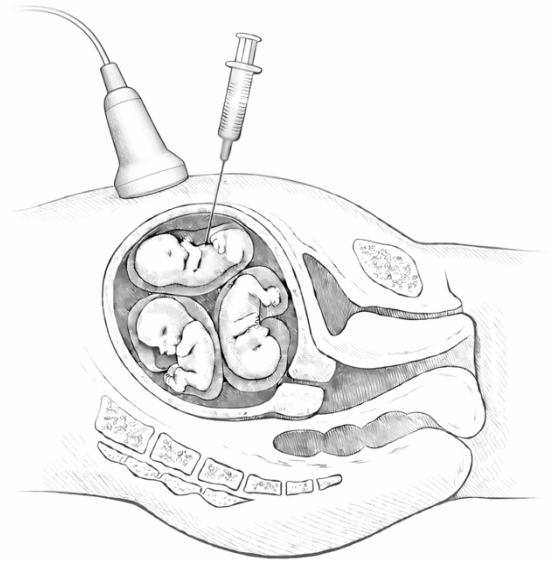
3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Bu işlemin alternatifi bulunmamaktadır. İşlem yapılmaması bir seçenektir.

4.TIBBİ MÜDAHALENİN NEREDE, NE ŞEKİLDE, NASIL YAPILACAĞI VE TAHMİNİ SÜRESİ:

İşlem, sağlık kuruluşunda doktor tarafından uygulanacaktır. Çoğul gebeliklerde rahim içindeki bebek sayısının azaltılması (fetal redüksiyon); gebeliğin genellikle 11-14. haftaları arasında bebeklerin eşlerinin (plasenta) yerleşimleri, bebeklerin ultrasonografik değerlendirmeleri yapıldıktan sonra, işlemin uygunluğunun ve hangi bebek(ler)e işlem uygulanacağını netleştirilmesini takiben gerçekleştirilir. Seçilen bebek(ler)in kalbine ultrason eşliğinde ince bir iğne ile potasyum klorür (KCl) veya diğer ajanlar (lidokain vb.) verilerek kalp atımlarının durdurulması şeklinde uygulanır. İşlem sırasında anne karnından iğne ile girilerek cilt, cilt altı ve rahim duvarı geçer; gerekli görülen durumlarda işlem aynı şekilde vajinal yoldan da uygulanabilir. İşlemin süresi rahim içindeki bebek sayısına göre değişmekle birlikte genellikle 10-20 dakika arasındadır.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Çoğul gebeliklerde rahim içindeki bebek sayısının azaltılması (fetal redüksiyon/selektif fetosit) girişimsel bir işlemdir ve anne ile rahim içinde kalan bebek(ler) açısından bazı riskler içerebilir. Bu riskler her hastada görülmeyebilir ve kişiye/gebeliğe göre değişkenlik gösterebilir. İşleme bağlı olarak;

- İşlem sonrası ağrı ve kramp görülebilir. Vajinal yolla bir miktar sıvı gelebilir. Vajinal kanama ve şiddetli ağrı nadirdir.
- Tüm gebeliğin kaybı (düşük); başlangıçta rahim içinde 3-5 bebek bulunan gebeliklerde yapılan işlemlerde, işleme bağlı tüm gebeliğin kaybı (düşük) yaklaşık %5-10 civarında bildirilmiştir; başlangıç bebek sayısı daha yüksek olduğunda bu riskin daha yüksek oranlarda bildirildiği belirtilmektedir. Erken doğum olabilir.



- Nadiren anne ve/veya bebek(ler)de enfeksiyon, annenin karın duvarında hematoma (kan birikimi), annenin karın içi organlarında (bağırsak, mesane) yaralanması olabilir.
- İşlemin başarısız olması veya tekrar girişim gereksinimi olabilir.
- Bu işlem, çoğul gebeliğe bağlı riskleri azaltmayı amaçlar; ancak gebelik kaybı ve erken doğum dahil olmak üzere mevcut riskleri tamamen ortadan kaldırdığı garanti edilemez.
- Rahim içindeki bebeklerin kalp atışını durdurmak için verilecek ilaç nadiren anne dolaşımına geçerek annenin kalp fonksiyonlarını geçici veya kalıcı şekilde etkileyebilir; çok nadir de olsa anne ölümü bildirilmiştir. Bu riskler önceden kesin olarak öngörülemez.

6.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- İşlem öncesi ve sonrası kontrolleri yaptırınız.
- İşlem sonrası ateş ($>38^{\circ}\text{C}$), artan ağrı, kanama veya su gelmesi olursa bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Gerekli görülen durumlarda kan uyuşmazlığı iğnesi (Anti-D) uygulanabilir.
- Kısa süreli istirahat ve kısıtlamalara (ağır fiziksel aktiviteden kaçınma ve cinsel ilişki kısıtlamaları) uyunuz.

HASTA ONAYI (RIZA)

Hekim bana aşağıdaki risklerin olduğunu bildirdi:

.....

Dr..... tarafından işlemin yapılmasını onaylıyorum.

Yapılacak olan fetal redüksiyon/selektif fetosit işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları, riskleri ve işlemi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçlar bana ayrıntılı olarak açıklandı.

Fetal redüksiyon/selektif fetosit işleminin yapılmasını kendi rızam ile.....

☐ KABUL EDİYORUM / İZİN VERİYORUM.

☐ KABUL ETMİYORUM / İZİN VERMİYORUM.

Hasta Adı Soyadı:

Hasta Eşinin Adı Soyadı:

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: