



Tarih:/...../.....

TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ VIDEO-EEG MONİTORİZASYONU HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:
Protokol No:

Sayın Hastamız,
Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası olumsuzlukları öğrendikten sonra yapılacak işleme olur vermek ya da vermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. İsterseniz sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve belgeler size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi istemeyebilirsiniz.

Epilepsi hastalığınızın/nöbetlerinizin incelenmesi, nöbetlerin beyninizin hangi bölgesinden kaynaklandığının anlaşılabilmesi için Video-EEG Monitörizasyon kayıtlarının yapılması gerekmektedir. Yattığınız süre içerisinde EEG(Elektroensefalografi) ile birlikte görüntünüz- sesiniz ve nöbetleriniz eş zamanlı olarak bilgisayara kaydedilecektir. Bu kayıtlar uzman doktorlar tarafından incelenecek ve önemli görülen kısımları saklanacaktır. Kayıtların bir kısmı bilimsel amaçlarla ve eğitim amacıyla kullanılabilir. Bu bilgilendirme ile hastanemiz "Video-EEG Monitörizasyon Ünitesi" doktorlarına, kayıtlarınızın eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı kullanımına izin vermiş oluyorsunuz. Bu kayıtlar kullanılırken açık isimler olmayacak, kimliğiniz saklanacaktır.

Gelmeden önceki gece, uykusuz veya aç kalmanıza gerek yoktur. Erkek hastaların sakal tıraşı olması, bayanlarınsa postiş gibi saç eklerinin olmaması gerekmektedir. Ayrıca tanıyı zorlaştıracığından ilaç dozlarını az almak ya da almamak gibi davranışlara kesinlikle girmemelisiniz. Yatışınız süresince kullanmakta olduğunuz epilepsi ilaçlarınızı, kısmen azaltılacak- belki kesilecek-veya değişiklik yapılmadan evde geçirdiği nöbetleri geçirmesi sağlanacaktır. Bazen de ilaç değişikliği yapılabilmektedir. Bu sırada arka arkaya büyük nöbetler geçirebilirsiniz. Bu nöbetler için gerekli girişimler yapılacaktır. Ancak tüm hastanelerde olduğu gibi bu durumun, az da olsa ölümle sonuçlanma olasılığı vardır.

Yatış süreniz 1-10 gün arasında değişebilmektedir. Bu süre içerisinde, genellikle 1-3 nöbet kaydının yapılması gerekli görülmekle birlikte sayı değişebilir. Ayrıca yatış sırasında epilepsi cerrahisi adayı olduğu düşünülen hastaların kan incelemeleri, beyin görüntülemeleri vb. işlemler için yatışları uzayabilmektedir.

Ayrıca, EEG cihazının arızalanması durumunda veya 10 gün içerisinde nöbetiniz olmazsa değerlendirmeniz yarım kalabilir. Yatışınız, zorunlu olarak anne-baba-eş gibi bir yakınınız eşliğinde yapılacaktır. Yakını olmayan hastaların yatışları gerçekleşemez. Yakınının, yapılacak incelemede görev alabilecek, nöbetlerinizi iyi bilen, hastalığınız hakkında bilgi verebilecek, yaş ya da sağlık sorunu olmayan bir kişi olmasına dikkat etmelisiniz. Ayrıca yakınınız, nöbetiniz anında, hemşireye haber verecek ve hastanın önceki nöbetleri ile izledikleri nöbet arasındaki, benzerlik ya da farklılıklara dikkat ederek, gözlemlerini anlatacaklardır. Yattığınızda yakınınıza, eşlik ettiğine yönelik belge verilecek ve iki kişinin eşlik etmesine izin verilmeyecektir.

Video EEG monitorizasyon odasına alındıktan sonra, kafaya (saçlı deri üzerine) teknisyen ve hemşirelerce çizimler yapılarak, EEG elektrotları yerleştirilecektir. Elektrotlar, Collodium denilen yapıştırıcı ile emdirilmiş gazlı bez yardımıyla, belirlenen yerlere basınçlı oksijen ile yapıştırılır. EEG kayıtlarının kaliteli yapılabilmesi için günde 2 kez elektrotlara jel sıkılmaktadır. Yine aynı sebeple hastalarımızın; sakız çiğnememesi, cep telefonu veya bilgisayar kullanmaması gerekmektedir. Elektrotlar yaklaşık 10 gün kafa üzerinde kalabilmekte ve çıkartmak içinse aseton kullanılmaktadır. Nöbet anında düşme, yaralanma vb. kazalarla karşılaşabilirsiniz. Güvenliğiniz amacıyla, yattığınız sürece yatak kenarındaki korkuluklar devamlı kapalı kalacak ve tuvalet kapısını kilitlememesi gerekecektir. Ayrıca, yakınınızın da habersiz yanınızdan ayrılması gerekmektedir.

Nöbet anında veya nöbeti çağrıştıran tüm değişik hislerde, mutlaka "hemşire çağrı düğmelerine" basarak, hemşireleri bilgilendirmeniz gerekecektir. Nöbet sırasında hemşireler size şifre kelime vererek, nöbet muayenesi yapacaklardır. Nöbet sonrası şifre kelimeyi hatırlayıp hatırlamadığınızı sorarak; bilinciniz, hareketleriniz ve yaşam bulgularınız değerlendirilecektir. Ayrıca gerekli durumlarda oksijen verilerek, tükürük-kusmuk vb. ağzınızda oluşan içerik, çekilerek temizlenecektir. Hemşirelerin doğru değerlendirme yapabilmesi için anladığınız ölçüde doğru yanıtlar vermeniz ve istenenleri yapmanız gerekmektedir. Nöbet anında damardan acil ilaçlar verilebileceğinden, yattığınız süre içerisinde kolunuzda devamlı damar yolu takılı kalacaktır.

Hastaneden çıkarılırken ilaç tedaviniz ve incelemeleriniz gözden geçirilecek, gerekirse yeni düzenlemeler yapılarak eski görüntülemeleriniz ve incelemeleriniz alınacaktır. Çıktıktan sonra tüm sonuçlarınız, "Epilepsi Cerrahi Toplantısında" tartışılacak; inceleme-tedavi ve epilepsi cerrahisi açısından değerlendirilecektir. Sonuçları, doktorunuzu arayarak öğrenebileceksiniz.

Yapılacak incelemenin verimliliği açısından bölümümüzde belli kurallara uymanız gerekecektir. Bu kurallar, incelemenin kalitesini artırmaya yöneliktir ve sizlere sağlık personeli tarafından anlatılacaktır. Hastane ve bölüm kurallarına uygun davranışta bulunmayan (sigara içmek vb), ağır psikiyatrik hastalık ya da zeka geriliği gibi nedenlerle; sağlık çalışanları ve /veya hastane donanımlarına zarar verme durumu olan hastaların yatışları sonlandırılır. Ayrıca, " Bilgilendirilmiş Onam Formunu" imzalamayanların yatışları yapılamamaktadır.

Hasta ve/veya Hasta Yakını,

Yatışım esnasında yapılacak işlemler, inceleme/tedavime yönelik oluşabilecek sorunlar ve olası riskler ile kendim ve yakınımın yönelik uymakla yükümlü olduğumuz kurallar/davranışlar ayrıntılarıyla anlatıldı.

İnceleme ve tedavim esnasında oluşabilecek, olası tüm sorunlar ve riskleri bilerek ve yatışım süresince ben ve yakınımın istenecek kurallara uyacağımı bildirerek, gerekli işlemlerin yapılmasını onaylıyorum.

Tarih : ... / ... / ... Saat : ...
Hasta Adı/Soyadı : İmza :
Dosya No :
Hasta Yakını (*) Adı/Soyadı : İmza :