**KARACİĞER BİYOPSİSİ**

**ONAM FORMU**

**ÇEVİRMEN İHTİYACI**

Çevirmen gerekli miydi? Evet ⃝ Hayır ⃝

Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? Evet ⃝ Hayır ⃝

**KARACİĞER BİYOPSİSİ** konusunda bilgilendirilmek istemiyorum.

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Hasta Adı Soyadı Yakını Adı Soyadı

İmza İmza

Tarih-saat: ....../....../........-........ Tarih-saat: ....../....../.......-.......

(Bu bölüm hasta/yakını tarafından kendi el yazısı ile doldurulacaktır.)

**1.** **Karaciğer Biyopsisi Nedir ?** Çeşitli nedenlere bağlı karaciğerde ortaya çıkan hasarın derecesini değerlendirmek, hastaya uygulanan çeşitli tedavilerin etkinliğinin takibinde ve diğer birçok karaciğer hastalığının tanısında ve karaciğerdeki hasarın boyutunu ortaya koymak için uygulanan oldukça değerli bir metottur. Bu işlemde karaciğerden küçük bir parça alınarak mikroskobik inceleme (patoloji) için incelemeye gönderilmektedir.

**2.** **Karaciğer Biyopsisi Nasıl Uygulanır ?**

* Kanama arttırıcı, kan sulandırıcı ve ağrı kesici ilaçlar mümkünse işlemden bir hafta önce kesilmeli, bu tarz ilaçlar kullanılıyor ise biyopsiyi yapacak olan doktorun haberdar edilmesi gerekmektedir. Kanama arttırıcı, kan sulandırıcı ilaçların işlem öncesi kesilmesi gerekebilir. Bu nedenle hem ilacı başlayan hem de işlemi yapacak olan doktora kullanılan ilaçla ilgili bilgi verilmeli ve onların önerileri doğrultusunda ilaç kesilmelidir.
* Alerji yaptığı bilinen ilaçlar mutlaka işlemi yapacak hekime iletilmelidir.
* Ortalama 10 ila 15 dakika süren işlem sırasında uyanık olmanız gerekir.
* İşlemden önce ilgili merkezde mevcut ise ultrason ile sağ alt kaburgalar hizasındaki cilt üzerinde biyopsi alınacak alan işaretlenir, deri antiseptik (mikrop öldürücü) sıvı ile temizlenir.
* İğnenin gireceği alana lokal anestetik (bölgesel uyuşturucu) ilaç enjekte edilir.
* Karın derisi üzerinden karaciğere iğne ile girilerek bir parça karaciğer dokusu alınır.
* Biyopsi iğnesinin karaciğere girişi sırasında hafif ağrı hissedebilirsiniz. Karaciğerden alınan örnek tetkik için patolojiye gönderilir.

**3. Uygulanacak İşlemlerin Riskleri:**

**3.1. LOKAL ANESTEZİ RİSKLERİ:** Uygulanan maddelere bağlı alerjik reaksiyonlar görülebilir ve

 bu durum hayati tehlike oluşturabilir. Ancak gelişme ihtimali düşüktür.

**3.2. Karaciğer Biyopsisi'nin Riskleri ve Komplikasyonları:**

* İğnenin giriş yerinde kanama veya karın içi boşluğa kanama gelişebilir.
* Çok nadiren iğne, girdiği alana yakın dokulara hasar verebilir. (Örneğin; safra kesesi, ince bağırsaklar, böbrek)
* Biyopsi yapılan yerde ağrı: Genellikle 24 saat sürer. Gerekirse ağrı kesici alınabilir. (Ağrı sağ omuza yayılabilir).
* Bayılma olabilir.
* İnfeksiyon gelişebilir.
* Hava embolisi oluşabilir, bu durum, karaciğerden kan damarları içine hava kabarcıklarının girmesiyle oluşur.
* Safra kesesinin yırtılması ve safranın batına yayılması olabilir.
* Ölüm gelişebilir.

**4. Karaciğer Biyopsisi'nin Alternatif Yaklaşımı:** Bilinen bir alternatifi yoktur.

**5. Karaciğer Biyopsisi Uygulanmazsa Neler Gelişir?** Kronik hepatitin karaciğere yaptığı hasarın derecesini değerlendirmek, hastaya uygulanan çeşitli tedavilerin etkinliğinin takibi ve diğer birçok karaciğer hastalığının tanısının konması gecikir ve uygulanacak tedavi gecikir.

**6. Karaciğer Biyopsisi Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar Nelerdir ?**

* Biyopsiden sonra 6 ile 12 saat süreyle hastanede gözlenmesinde yarar vardır.
* Biyopsi sonrası bir süre sağ tarafınız üzerinde yatmanız istenecek, kan basıncı ve nabzınız periyodik olarak takip edilecektir
* Bir hafta süresince kanı sulandırıcı ilaçlar alınmamalıdır.
* Biyopsi yerinde veya omzunuzda şiddetli ağrı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ateş, karın ağrısı ve dışkıda kan görülmesi gibi durumlarda doktorunuza başvurmanız gerekmektedir.

 **7. HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:**

 ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ .......................................................................................................................... .................. .........................

**8.** (Yapılacak müdahaleyi ve yapacak hekimi biliyorum. Bana anlatılanları tümüyle anladım. Hekimim tüm sorularıma yanıt verdi, yapılacak müdahaleden istediğim zaman vazgeçme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bana yapılacak müdahaleyi kendi isteğim ile kabul ediyorum).

(Bu bölüm hastanın/yakınının kendi el yazısı ile yazılacaktır).

Hastanın Adı Soyadı ........................................ Hasta Yakını Adı Soyadı .......................................

İmza İmza

Tarih-saat: ....../......./.......... Tarih-saat: ....../......./........

Doktor Adı Soyadı .................................................................................

Tarih-saat: ......./......../........