**ESWL (DIŞARIDAN SES DALGALARI İLE TAŞ KIRMA) ONAM BELGESİ**

**1)ESWL Nedir?**

ESWL dışardan ses dalgaları ile taş kırma yöntemidir. Temel prensip, süratle yükselen kısa süreli ve yüksek basınçtaki şok dalgalarının taşa odaklanarak taşın kırılması işlemidir. ESWL işleminin böbreklere kanıtlanmış kalıcı bir zararı yoktur. Özellikle çocuklarda taş hastalığının tekrarlama oranı yüksek olduğu için bu yöntem çok önemlidir. ESWL bir yıl içinde dahi defalarca kullanılabilir. Toplam 3 çeşit güç kaynağı vardır. Elektrohidrolik, elektromanyetik ve piezoelektrik. Türkiye de ve dünya da en çok bizimde kullandığımız elektrohidrolik güç kaynağı kullanılır. Her üç makine arasında tedavi başarı açısından fark yoktur.

**2)ESWL Nasıl Uygulanır?**

İşlem sırasında çocuk hastalara genellikle anestezi uygulanmamaktadır. Taşın odaklanması röntgen cihazı (el yöntemi) ya da ultrason (bilgisayarlı bir robot kol sistemi) ile sağlanmaktadır.

örneğin idrar yolunda ( kanalda) 1 cm taşı olan hastanın bir seansı 30 dk sürmekte iken böbrek içinde 2 cm taşı olan hastanın bir seansı 45 dk sürmektedir.

**3)Uygulanacak İşlemin Riskleri Hakkında Bilgilendirme**

Bazıları aşağıda açıklanmış olan istenmeyen durumlarla karşılaşma riski bulunmaktadır. Bunlar ender de olsa yeniden girişim-işlem-ameliyata alınmayı da gerektirebilir. Belirtilen sorunların oluşmaması için gerekli önlemler alınacaktır. Oluşmaları halinde tedavi süresi uzayacak veya ek tedavilere ihtiyaç oluşabilecektir. Bu durumlar, nadir de olsa **ölüme** sebebiyet verebilir. Aşağıda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden tahmin edilmesi oldukça güçtür.

**3a-Özel Riskler:** Bu işlemin taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır:

• ESWL işlem esnasında ve sonrasında ağrı,

• ESWL sonrası taşın kırılamaması veya yetersiz kırılması,

• Kırılan taşın düşerken idrar yollarını tıkaması,

• İdrar yollarının tıkanmasına bağlı bulantı- kusma- ağrı,

• Tıkanıklığa bağlı böbrek iltihabı ( obsrüktif pyelonefrit)

• Sepsis (iltihabın kana karışması)

• Böbrekte veya çevresinde hematom ( kan toplanması)

• ESWL uygulanan bölge cildinde hematom (kan toplanması,)

• Mikro/makroskopik hematüri ( mikroskopla/ gözle görülen idrarda kan )

• Kanamalara bağlı görülebilecek tüm komplikasyonlar,

• ESWL tedavisi sonrası ileri dönemde hipertansiyon ( yüksek tansiyon)

**3b- Genel Riskler:** Aşağıdaki sorunlar ender olsa da, bilmeniz gereken ve karşılaşılabilecek durumlardandır:

**•**Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir (atelektazi), bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

**•**Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıların bir kısmı yerinden kopup akciğere ve beyne gidebilir ve ölümcül olabilir.

**•**Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

**•**İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

**•**Verilen ilaçlara bağlı alerjik reaksiyon gelişebilir.

**4)ESWL Uygulaması’nın Alternatif Tedavileri**

• Bazı durumlarda taşları ilaç tedavisi ile küçültmek ve yeni taşların oluşumu engellemek mümkün olmaktadır.

• Çok büyük (bütün böbreği dolduran) taşlarda ameliyat gerekmektedir.

• Üreterorenoskopi – Fleksible Üreterorenoskopi: idrar kanalındaki ve hatta böbreğin içerisindeki bazı taşlara idrar yolundan girilerek lazer kullanılarak kırılabilmesi mümkün olmaktadır.

• Perkutan Nefrolitotripsi (PCNL): Bu yöntemle taşın olduğu taraftaki lomber bölgeden ufak bir kesi ile endoskop böbreğe yerleştirilmekte ve böbrek içi görüntülenerek taşlar kırılmakta ve temizlenmektedir. Bu yöntemi özellikle çok büyük (3 cm den büyük ) böbrek taşlarının tedavisi için tercih edilmektedir.

• Açık Cerrahi: çok daha az sıklıkla tamamen böbreği dolduran ağır taş hastalığında açık yöntem ile ameliyatla böbrek taşları temizlenebilmektedir.

**5)ESWL Uygulanmazsa Neler Gelişir?**

Normal yaşam içerisindeki ağrılarınız gittikçe artabilir ve taşın büyümesine ve tıkanıklığa bağlı yaşam kaliteniz daha da azalabilir. Taşa bağlı böbrek fonksiyonlarında kayıp ve böbrek yetmezliği gelişebilir.

**6)Eswl Uygulaması Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar Nelerdir?**

• Bir sonra ki kontrolde kırılan taşınızın ne kadar döküldüğü kontrol edilecek ve gerekirse tekrar ESWL seansı uygulanacaktır.

• Sorunların çıkma olasılığını azaltmak için işlem sonrasında doktorun önereceği ilaçları, önerilen dozda, önerilen zamanda ve sürede kullanınız. Kontrol randevularını aksatmayınız.

• İşlem sonucuyla ilgili herhangi bir sorun olduğunda, öncelikle mutlaka işlemi yapan doktora başvurulmalıdır.

**7)Maliyet**

Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, poliçeleri gereğince sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümleri geçerlidir; bazı durumlar kapsam dışında tutulabilir, hastalarımızın ek ödeme yapması gerekebilir. Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın tedavi masraflarınının kendileri tarafından ödenmesi gerekmektedir. Maliyet konusunda taleplerinizle ilgili olarak hekiminiz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilenmenizi sağlayacaktır.

**8) Hastanın Bilgilendirilmiş Onamı**

A. Doktorum tarafından tıp dilinde ........................................................................................

(Hastanın tanısı doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)

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

olarak açıklanan hastalığım ile ilişkili olarak;

- Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,

- Önerilen girişim / işlem / ameliyatın

a. kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı ve tahmini süresi,

b. beklenen yararları,

c. başarı şansı,

d. ölüm dahil karşılaşılabilecek tüm riskleri, olası komplikasyonları ve diğer sorunlar,

e. önerilen girişim / işlem / ameliyatın tarafımca reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler,

- Önerilen girişim / işlem / ameliyat sırasında ya da sonrasında kullanılacak

a. ilaçların önemli özellikleri,

b. gerekebilecek kan, kan ürünü transfüzyonları ve bu transfüzyonların olası riskleri,

- Ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin olası sorunlar ve dikkat etmem gereken hususlar,

- Değerlendirilebilecek diğer tanı, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği

faydalar, riskler ve sağlığım üzerindeki olası etkileri,

- Sağlığım için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

B. Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim ve nasıl iletişim kurabileceğim hususlarında anlayabileceğim şekilde bilgilendirildim. Anlayamadığım hususları sorarak aydınlatıldım.

C. Sonuç hakkında bana herhangi bir teminat ya da garanti verilemeyeceğini biliyorum.

D. Planlanan girişim / işlem / ameliyat sırasında ve bilincimin kapalı olduğu aşamada hayati tehlikeye neden olacak acil bir durum ya da bir organ / fonksiyon kaybına yol açacak bir risk söz konusu olduğu takdirde, doktorumun ve diğer sağlık personelinin bu durumu önlemek amacıyla girişim, işlem ya da ameliyatları yapması için yetki veriyorum.

E. Tedavim sırasında gerekli olduğu takdirde, kan ya da kan ürünü transfüzyonu yapılmasına izin veriyorum.

F. Söz konusu girişim, işlem ya da ameliyatın ortalama maliyeti hakkında bilgilendirildim. Planlanan tedaviye ek olarak tıbbi girişim / işlem / ameliyat yapılması gereken durumlarda bu maliyetin değişebileceğini biliyorum.

G. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen girişim, işlem ya da ameliyatların yapılması için özgür irademle ve gönüllü olarak onay ve yetki veriyorum.

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

(Yapılacak tıbbi müdahale doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)

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

Varsa taraf belirtiniz:  Sağ  Sol .................................................................................

Beş sayfadan oluşan bu formun bana tam olarak açıklandığını, okuduğumu veya okutturduğumu ve içeriğini anladığımı beyan ederim.

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

Hastanın ya da (\*)Hukuki Temsilcisinin

Adı Soyadı: ............................................................. İmzası

(\*)Hukuki Temsilcinin Yakınlık Derecesi: .............................

Doktorun Adı Soyadı: ............................................. İmzası

(\*\*)Çevirmen - Tanık Adı Soyadı: ........................ İmzası

(\*) Hastadan imza alınamadığı durumlarda;

• Çocuk hastanın anne / babasından,

• Koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden,

• Adı geçenlerin yasal temsilcilerinden onam alınır.

(\*\*) Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.