Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmasa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

HASTALIĞIN/İŞLEMİN TANIMI: İşlem hastanın …… el-ön kol-kol bölgesine uygulanacaktır.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Op.Dr……

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: El fonksiyonlarının sağlanması.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

O taraf el fonksiyonlarının kısmen veya tamamen kaybı söz konusu olabilir. bazı durumlarda ise sadece hastanın şikayeti geçmez ve uzun dönemde el fonksiyonlarını etkiler. bazı hastaların (tümör, enfeksiyon …) tüm vücuda yayılması ihtimali vardır.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Alternatif tedaviler olarak fizik tedavi yöntemleri ve diğer tedavi yöntemleri anlatıldı.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

- Akciğerin bir bölümü sönebilir (kollaps-collapse) ve buna bağlı olarak da akciğer-göğüs enfeksiyonu gelişmesi söz konusu olabilir. Bunlara bağlı antibiyotik ve diğer ileri tedavi işlemleri gerekebilir.
- Ağrı ve şişmeyle seyreden bacak damarları içinde kanın pıhtılaşması (derin ven trombozu) küçük bir ihtimalle de olsa oluşan bu pıhtının bir kısmı kopup başka bir organı tıkayabilir. Özellikler akciğer tıkanmaları ölümcül seyredebilmektedir.
- Kalbin zorlanmasına bağlı kalp krizi ve inme gelişmesi.
- Ölüm

Bu Cerrahi İşleme Ait Riskler:

Cerrahi işleme ait aşağıda yazılan bazı risk ve komlikasyonlar bulunmaktadır:

- Parmaklarda uyuşma ve karıncalanma olabilir. Bu durum kalıcı olabilir.
- Sinir kesilebilir ve onarılması için bir ameliyat gerekebilir.
- Parmaklara giden lifler (tendonlar) kesilebilir ve onarılması için bir ameliyat gerekebilir.
- Yapılan ameliyatın tekrarlanması gerekebilir.
- Yumruk yapıldığında el bileğinde ağrı olabilir.
- Yara yerinde hassasiyet olabilir. Bu durum kalıcı olabilir.
- Parmak kaslarında zayıflık olabilir. Bu durum kalıcı olabilir.
- Ameliyat yarası sahasında enfeksiyon gelişebilir, bu durumda antibiyotik tedavisi ve /veya ameliayt ile yaranın temizlenmesi gerekebilir.
- Ameliyat yarsına bağlı bölgesel duyu ve renk değişiklikleri.
  - Bazı hastalarda, yara iyileşmesi normal olabilir ve iyileşme dokusu (scar-nedbe) kalın ve ırmızımsı-morumsu olabilir.
  - Şişman (obes) hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp akciğer komlikasyonu ve tromboz komplikasyonu ihtimali daha fazladır.
  - Sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp akciğer komplikasyonu ve tromboz (damar içi kan pıhtılaşması) komplikasyonu ihtimali daha fazladır.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: yaklaşık olarak 30 -45 dakaika arasındadır.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum " yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)