HASTA Adı ve Soyadı:	Telefon Numarası:
T.C. Numarası:	Başvuru Tarihi/Saat:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):	Hastalığın Tanısı/Ön Tanı:

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir.
Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME
Çıkık, bir eklemi oluşturan kemiklerin birbirleri ile olan normal ilişkisinin bozulmasıdır. Bu kemiklerin eklem yüzeyleri birbirlerinden ayrılarak yer değiştirir. Çıkıklar kırıklar ile birlikte olabilir. Eklemde ağrı, hassasiyet, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, şişlik, morluk, harekete direnç gibi belirtileri vardır. Bir çıkık oluşumu sırasında eklemi oluşturan kıkırdak yüzeylerde ve kemikleri bir arada tutan yapılarda (kapsül, bağlar) yaralanma olabilir.Komşu damar ve sinirlerde yaralanma oluşabilir. Yine kırıklarda olduğu gibi yangı ve hareketsizliğe bağlı komplikasyonlar dışında, eklemde bozulma (artrit), eklem sertliği, heteretopik osifikasyon, kemik ve eklem yüzeyinde dolaşım bozukluğuna bağlı bozulma (avasküler nekroz), damar yaralanmalarına bağlı kompartman sendromu oluşabilir. İleri dönemde ise kapsül ve bağlardaki yaralanmanın tam ve doğru olarak iyileşmemesine bağlı olarak tekrar çıkıklar (instabilite ve nüksler) görülebilir.
Kol askıyla boyuna asılır. Sargılarla klavikula (köprücük kemiği) aşağı bastırılarak tespit edilir. Osteosentez, cerrahi olarak çıkığın redüksiyonu yapılır ve internal tespit materyallerinden biriyle tespit edilir.(kirchner teli veya vida ile tespit) Geç dönemde distal klavikula rezeksiyonu ve akromioklavikular eklem artrodezi yapılır.
o İşlemden beklenen faydalar:
İyileşme sürecinin kısalması
Ağrı kontrolü
Hareket kısıtlılığının giderilmesi
Oluşabilecek kozmetik sorunların giderilmesi
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Ağrı
Hareket kısıtlılığı
Postur bozukluğu
Vasküler ve sinir sıkışmasına bağlı sorunlar
o Varsa işlemin alternatifler:
Konservatif tedaviler(askı, sargı vb.),
Fizik tedavi seçenekleri
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
Konservatif tedavinin herhangi bir riski bulunmamaktadır.
Cerrahi sırasında damar-sinir yaralanması
Şikayetlerin geçmemesi
Ameliyat sonrası ağrı
Ameliyat yerinde enfeksiyon
Yara izi
Yara yerinde uyuşukluk
o İşlemin tahmini süresi: ..... *(Hekiminiz durumunuza göre ayrıca bilgilendirme yapacaktır.)*
o Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar :
Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle ÖLÜM TEHLİKESİ ortaya çıkabilir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik

(zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle ÖLÜM TEHLİKESİ dâhil olmak üzere birçok etki ortaya çıkabilir.

o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar:

Daha önce bu girişimin yapılıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

Girişim için anestezi uygulandıysa anestezinin şekline göre değişebilmekle beraber yaklaşık 6 saat aç kalmanız gerekmektedir. Alçı uygulanan uzvunuzda kan dolaşım bozukluğu belirtileri (uç kısımlarda morarma, soğukluk) fark ettiğinizde derhal doktorunuzu arayınız. Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz.

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş hasta onam formu” nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

OKUDUM, ANLADIM, ONAY VERİYORUM.

(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)

. . . .

Hastanın onamı (Mümkünse): *Adı Soyadı:* *Tarih/Saat:* *İmza:*	Tercümanın (İhtiyaç Halinde): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:	Tanık-Şahit (İhtiyaç Halinde Sağlık Personeli): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:
Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim: Adı Soyadı/Unvanı: Tarih/Saat: İmza:

(Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.)