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 uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

HASTALIĞIN TANIMI: Çıkarılan kitlenin patoloji tarafından incelenmesi sonucunda hastalığınızın iyi veya kötü huylu olduğu hakkında kesin bilgi sahibi olunacaktır. Hastalığın iyi huylu olması durumunda eğer kitle tamamen çıkarılabilirse hastalığın tekrar etme olasılığı üşük olmakla birlikte büyük oranda hastalıktan kurtulursunuz. Kitlenin kötü huylu olması durumunda hastalığın tedavisi ile ilgili sizinle beraber cerrahi tedavi ve onkolojik tedavi (radyoterapi ve kemoterapi) seçenekleri avantajları ve dezavantajları üzerinde konuşulup tartışılacaktır.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr. .....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Çıkarılan kitlenin patoloji tarafından incelenmesi sonucunda hastalığınızın iyi veya kötü huylu olduğu hakkında kesin bilgi sahibi olunacaktır. Hastalığın iyi huylu olması durumunda eğer kitle tamamen çıkarılabilirse hastalığın tekrar etme olasılığı düşük olmakla birlikte büyük oranda hastalıktan kurtulursunuz. Kitlenin kötü huylu olması durumunda hastalığın tedavisi ile ilgili sizinle beraber cerrahi tedavi ve onkolojik tedavi (radyoterapi ve kemoterapi) seçenekleri avantajları ve dezavantajları üzerinde konuşulup tartışılacaktır

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Bu tedavi uygulanmadığı durumda tükürük bezindeki kitlenin büyümesi ve büyümeye devam etmesi kuvvetle muhtemeldir. Kitlenin özelliği malign (kötü huylu) ise büyümesinden öte boyuna, akciğer, karaciğer, beyin gibi hayati organlara da sıçraması söz konusudur. Hastalığın yayılması dışında kötü huylu kitlelerde deriden çıkıp kötü bir görünüme neden olması, yüz felci yapabilmesi de bu hastalığın seyrinde görülebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Tükürük bezindeki kitlenin iyi huylu olması durumunda hastalık takip edilmekle birlikte ek bir tedavi seçeneği mevcut değildir. Tükürük bezinizdeki kitlenin kötü huylu olması durumunda onkoloji birimine danışılarak radyoterapi ve kemoterapi gibi onkolojik tedavi seçeneklerinden fayda görüp göremeyeceğiniz hakkında bilgi sahibi olabilirsiniz.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Anestezi: Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi doktorunuz ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Uygulanacak İşlemlerin Genel Riskleri

- Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT) . Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
- Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Ameliyatın Riskleri

Kanama: **A**meliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Ameliyat esnasındaki kanama nedeniyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlama veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı sebebiyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.

Yüz felci: Ameliyat sırasında tükrük bezinin klinik olarak iki yaprağı arasından geçtiği var sayılan yüz siniri

zedelenebilir. Bu durum ya ameliyattan hemen sonra sinirin tam kesisine bağlı olarak veya ameliyattan birkaç hafta sonra sinirin etrafındaki ödem ve basıya bağlı olarak gelişebilir. Her iki durum da geri dönüşümsüz olabilir.

Tükrük bezinden cilde kanal (fistül) oluşumu. Ameliyat sonrasında dikiş yerlerinden veya cilt altına tükrük sızması şeklinde olur. Ameliyat sırasında kulak cildinin duyusunu alan sinirin kesilmesine bağlı olarak o bölgede hissizlik gelişebilir. **Enfeksiyon:** Ciltte dikiş yerlerinde veya yumuşak dokuda gelişebilir. Ameliyat sonrası yemek yeme sırasında ameliyat sahasında terleme, kızarma görülebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: İşlem ortalama 3-4 saat sürmekle birlikte hastalığın yayılımına, damarlarla, tükürük bezi kanalıyla ve yüz siniriyle ilişkisine göre çok daha uzun sürebilmektedir.

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)