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
o İşlemden beklenen faydalar:
Kist hidatik, mikrop bulaşmış ot, su, sebze ve benzeri şeylerin yenmesi ile insana geçen bir parazit hastalığıdır. Kistin kendisi büyüklüğüne ve bulunduğu yere sarılık, karın ağrısı, kistin bütünlüğünün bozulduğu durumlarda da karaciğerde iltihap oluşmakta, çeşitli allerjik durumlar ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu durumlar yaşamı tehdit edebilmekte ve ölüme sebebiyet verebilmektedir. Karaciğer kist hidatik hastalığının güncel tedavisi cerrahidir. Kistin büyüme ve üremesine neden olan zarı almayı planlamaktayız. Ender durumlarda karaciğerin bir kısmını da almamız gerekebilmektedir. Kist Hidatik hastalığı bazen çeşitli hastalıklarla karışabilmekte ve kesin tanı ancak ameliyat esnasında veya sonrasındaki doku incelemelerinde konabilmektedir. Bu nedenle ameliyat planında değişikliğe gidilebilmekte ve ameliyat esnasında patolojiye gönderilen dokunun inceleme sonucuna göre karaciğerin bir kısmı alınması gerekebilmektedir. Ayrıca, ameliyat sırasında, hidatik kisti bulunduran karaciğer dokusu dışında basit kist, amip apsesi gibi oluşumlar görülebilir. Karaciğer safra yolu ile ilişkili olduğu durumlarda safra yolu onarımı yapılmakta, ameliyat lojuna dren konulabilmektedir.
Hastalığın ilerleme süreci durdurulur. Oluşabilecek karaciğer apsesi, yetmezliği ve tıkanma sarılığı/kolanjit önlenir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Kist büyüyüp patlayabilir ve tüm karın içi organlar üzerinde çok sayıda kist oluşmasına sebep olabilir veya ani ölümlere neden olabilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
6 cm altındaki kistlere albendazol tedavisi uygulanabilir. İlaç tedavisi ile kistin içindeki parazitleri hareketsiz hale getirmekle zaman kazanılabilir. Radyolojik tekniklerle ciltten kiste bir dren yerleştirilerek kistin boşaltılması ve tedavisi denenebilir. Bu tekniklerin başarısı cerrahiye göre düşük ve tekrarlama oranları çok daha yüksektir
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
Kanama: Belli bir miktara kadar olan ve klinik olarak önemsiz kabul edilen kanamalar dışında ender de olsa ciddi ve acil ameliyat gerektiren kanamalar görülebilmektedir.
Safra kaçağı: Ana safra yollarına ya da küçük dallarıyla ilişkili olduğu durumlarda karın içine safra kaçağı olabilmekte, bazen ikincil ameliyatlar gerekebilmektedir.
Atelektazi: Diğer istenmeyen bir durum ameliyat sonrasında yeterli solunum egzersizi yapmama, öksürüp balgam çıkarmama, hareketsizlik, iltihap gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve atelektazi denen, akciğerin bir kısmı veya tamamının sönmesi durumudur. Bu durum ilk etapta bir takım ilaçlar, solunum fizyoterapisi ve burundan girilen bir sonda aracılığıyla balgamın emilmesi (nazotrakealaspirasyon) ile aşılmaya çalışılacak olsa da, biriken ve yoğunlaşmaya yüz tutmuş balgamı çıkarmak amacıyla bronkoskopi denen bir işlem yapılabilir. Bu işlem genel anestezi altında bir boru aracılığıyla tıkalı olan bronşa girilerek vakum etkili bir alet ile balgamın emilerek çıkarılmasından ibarettir. İltihaplar: Ameliyat sonrasında çeşitli iltihaplar görülebilir. Bunlar karın içi enfeksiyon, yara yeri enfeksiyonu olabilir.
Nüks: Ameliyat sonrasında hastalığınızın nüksetmesi ender de olsa söz konusu olabilir. Nüks görülmesi yeniden ameliyatı gerektiren bir durumdur.
Daha nadir görülen komplikasyonlar: Karın içerisinde apse gelişimi, bağırsaktan emilen lenfi toplayan damar benzeri yapının zedelenmesi sonucu akciğer zarları arasında sıvı toplanması (şilotoraks) gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkması çok ender de olsa olabilir. Yine kesi bölgesinde hafif uyuşukluk hissi ya

da kalıcı nedbe gelişimi görülebilir.
Ölüm: Ameliyatın kendisine bağlı ölüm görülmesi çok nadir olsa da vardır.
o İşlemin tahmini süresi: 120-150 dakikadır. *(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 :
Planlanan cerrahi girişim şekline göre hastanın bazı hazırlıkları yapması gerekir. Ameliyat öncesi mide bağırsak kanalının boş olması önemlidir. Anestezi altında hastanın kusması çok ciddi sorunlara neden olabilir. Kusulan gıda artıkları solunum yoluna kaçabilir ve bu da akciğer enfeksiyonuna neden olabilir. Bu nedenle doktor aksini söylemedikçe hastanın cerrahi girişimden en az 8 saat önce herhangi bir şey yememesi gerekir. Bazı durumlarda doktor hastanın kullandığı önemli ilaçları çok az bir su ile almasına izin verebilir. Ameliyat bölgesinde kanama ile ilgili problemlerin önlenmesi için kan sulandırıcı ilaçlar (aspirin, coumadin vb) ameliyat öncesi 7 gün önce bırakılmalıdır. Sigara kullanıyorsa kullanmaması önerilir. Ameliyat sahasının temizliği cerrahi enfeksiyonlar dan korunmak için önemlidir. Bu nedenle ameliyat sahasındaki kılların temizlenmesi gerekebilir.

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.)