Hastanın Adı, Soyadı: TC Kimlik No: Baba adı: Ana adı:

Doğum tarihi:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi,

Bu yazılı form, size yapılacak olan tedavi/ameliyat ve buna bağlı komplikasyonlar (ameliyat sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar, yan etkiler) hakkında temel bilgileri açıklamak için hazırlanmıştır. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve soruları cevaplayınız.

Bu form, tarafınıza sözel olarak anlatılan bilgilerin yazılı şeklini içermektedir ve **YASAL BİR GEREKLİLİĞİN ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE KULLANILMAK ÜZERE** hastane arşivinde saklanacaktır.

Yapılan muayene sonucunda size/hastanıza ameliyat gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz ameliyattan önce size bu belgede yazılı olan bilgileri verecek, bunun sonunda ameliyatın yapılması konusunda **SERBEST İRADENİZ** ile kararınızı vereceksiniz.

Bu formun **HER SAYFASININ** siz ve bir yakınınız tarafından imzalanması **YASAL BİR**

ZORUNLULUKTUR.

1. Hastalık hakkında bilgilendirme:

Tarafınıza timpanoplasti / mastoidektomi (Kulaktaki hastalığın giderilmesi ya da kulak zarındaki deliğin tamiri; gerekirse ve mümkünse işitmenin iyileştirilmesi) ameliyatı yapılması planlanmıştır. Hastalığınız orta kulak bölgesini kapsamakta olup hem kulak zarınızın delik olması, hem de zaman zaman tekrarlayan akıntılar nedeniyle sizin için bir tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hastalık işitmenizde de önemli bozulmalara neden olmuş bulunmaktadır. Bu hastalığınızın bu safhada ilaçla kalıcı olarak iyi olması olası değildir.

2. Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde yapılacağı ve dikkat edilmesi gereken hususlar:

Ameliyat, hastanemizin uzman veya asistan doktorları tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanemiz bir eğitim hastanesi olduğu için, ameliyatın BİR KISMI YA DA TAMAMI ASİSTAN DOKTORLAR TARAFINDAN (uzman doktor gözetiminde) GERÇEKLEŞTİRİLEBİLİR.

Ameliyat hastanın ve hastalığın durumuna göre 1-2 saat sürebilmektedir.

Tüm ameliyatlar, hastanemiz ameliyathanesinde, ameliyata ve hasta talebine bağlı olarak bölgesel ya da genel (narkoz) anestezi altında yapılmaktadır. Genel anesteziye (narkoz) ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi uzmanı ile görüşebilirsiniz.

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta

olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir. Bu arada işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile); gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile); gerekse de allogreft (suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir. Ameliyat sonrasında bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan sakinleştirici, ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak refleksler geçici bir süre etkilenecektir. Bu nedenle girişimden sonra ilk 24 - 48 saat içinde istirahat edilmelidir. Ameliyattan sonra 5-7 gün süre ile bedensel yorgunluklardan ve kan basıncını yükselten aktivitelerden (örneğin, spor, jimnastik, ağır kaldırma) sakınılmalıdır.

Ameliyattan sonra bir süre baş dönmeniz olabilir. Eğer aşırı baş dönmesi ve kusmalar olursa doktorunuza haber yollayınız. Benzer şekilde, yüzünüzün mimik kaslarında hareket kusuru olduğu takdirde de

doktorunuza haber veriniz. Ameliyattan sonra sümkürme, ıkınma, balon şişirme gibi basınç arttırıcı hareketlerden 1 ay süre ile kaçınınız.

3. Tıbbi müdahalenin muhtemel komplikasyonları (yan etkileri):

Bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

• Akciğerin küçük alanlarında ortaya çıkabilecek sönmelere/çökmelere bağlı olarak artmış akciğer enfeksiyonu riski. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.

• Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük (düşük el, düşük ayak) oluşması.

• Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha fazladır.

• Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.

• Anesteziden kaynaklanabilen ölüm.

• 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.

Uygulanan ameliyata bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

• Kulak içinde ve kesinin oluşturduğu yara yerinde kanama ve enfeksiyon (iltihap)oluşabilir.

• Kulak zarının tamirinde başarısızlık olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir.

• Kalıcı ve geçici kulak çınlaması(tinnitus) ve baş dönmesi olabilir.

• Yüz siniri felci, nadiren yüz kaslarının geçici veya kalıcı felci oluşabilir.

• İşitmenin düzelmemesi, operasyon sırasında kulak zarındaki defektin başarılı tamirine rağmen işitmede düzelme olmayabilir.

• Kafa içi komplikasyonlar nadirdir.(beyni saran zar ve beyin etrafındaki damarlar zedelenebilir, enfeksiyon ve kanama gelişebilir.)

• Tat duyusu değişiklikleri olabilir.

• Kulak kepçesi etrafında geçici veya kalıcı his kaybı olabilir.

• Nadiren kısmi veya total işitme kaybı gelişebilir.

• Kesi yerinde anormal skar dokusu (normal dokudan kalın, kırmızı renkte iz) gelişebilir ve bunun için tekrar operasyon gerekebilir.

• Ameliyata bağlı kulak kepçesinde ve kulak deliğinde büyüme ve şekil değişikliği olabilir.

• Ameliyat sırasında cerrahın kararına bağlı olarak ameliyat radikal mastoidektomi denilen orta kulak ve dış kulağın tek bir boşluk haline getirilmesi ameliyatına dönüşebilir.

• Ameliyat esnasında cerrahın kararına bağlı olarak kulak kepçemin arkasından ya da önünden kıkırdak çıkarılabilir.

4. Diğer tedavi seçenekleri:

Tarafınıza önerilmiş olan tedavi/ameliyat, hekiminiz tarafından güncel tıp literatürüne göre size en uygun seçenek olduğu için tarafınıza önerilmiştir. Diğer tedavi seçeneklerinin, en fazla fayda göreceğiniz tedaviler olmayacağı, tarafınıza önerilen alternatif tedavilerin çok geniş bir yelpaze içerisinde risk ve sonuçları olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Tarafınıza önerilen alternatif tedaviler ile ilgili olarak, söz konusu tedavi için hazırlanmış olan benzer formu talep etmenizi rica ederiz.

5. Tıbbi müdahaleyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek riskler:

Tanı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak kesin tanının

gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır. Önerilen bu müdahale yapılmadığı takdirde hastalığınızın kalıcı düzelmesi mümkün olamayacağı gibi, hastalığın yaratabileceği bazı riskler de bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları Menenjit, Beyin abseleri, sinüs tromboflebiti (kafa için toplardamarların iltihabı), Yüz felci, Denge sorunları, İşitmenin tam kaybı, kulaktaki iltihabın orta kulaktan kafa içine ya da kafatası dışına yayılması gibi çoğu çok ciddi ya da hayati önemde olasılıklardır.

İşlem sonrası yakınmalarınız olması durumunda mesai saatleri içinde kbb polikliniğimizden diğer zamanlarda ise hastanemiz acil servisinden tıbbi yardım ve destek alabilirsiniz.

6. Kullanılacak ilaçları önemli özellikleri:

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.

7. Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri:

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

8. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

HEKİMİN HASTA HAKKINDA BİLMEK İSTEDİKLERİ

Sizden aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ediyoruz:

1. Yüksek **kanama eğilimi** (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde) var mı?

Hayır ☐ Evet ☐

2. Vücudunuzda **çürükler** oluşur mu veya akrabalarınızda bununla ilgili belirtiler var mı? Hayır ☐ Evet ☐

3. Siz/hastanız **kan sulandırıcı ilaç** (Örneğin, aspirin) kullanıyor musunuz/kullanıyor mu? Hayır ☐ Evet ☐

Siz/Çocuğunuz **başka bir ilaç** kullanıyor musunuz/kullanıyor mu?

Hayır ☐ Evet ☐ Kullanıyorsanız/Kullanıyorsa hangi ilacı? .....

4. **Alerji, astım veya aşırı duyarlılık** (Örn. flaster, lateks, gıda maddeleri, ilaçlar) var mı? Hayır ☐ Evet ☐

5. **Kalp** veya **akciğer** hastalığınız var mı veya **kalp pili** taşıyor musunuz?

Hayır ☐ Evet ☐

6. Müzmin (kronik) bir hastalığınız var mı?

Hayır ☐ Evet ☐

7. Tiroit beziniz çok çalışıyor mu?

Hayır ☐ Evet ☐

8. **Yapay dişiniz** var mı? **/ Sallanan dişleriniz** var mı?

Hayır ☐ Evet ☐

9. Son altı hafta içinde **koruyucu aşı** yapıldı mı?

Hayır ☐ Evet ☐

10. **Akut** (yeni başlamış) veya **kronik** (müzmin) bir **enfeksiyon hastalığı** (Örneğin, karaciğer iltihabı, AIDS, verem) var mı?

Hayır ☐ Evet ☐

11. **Bayanlar için: Hamile** olabilir misiniz?

Hayır ☐ Evet ☐

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI

• Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

• Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.

• Planlanan tedavinin/ameliyatın ne olduğu, gerekliliği, ameliyatın seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedaviyi/ameliyatı uygulayacak kişiler, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedaviden/ameliyattan önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.

• Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

• İstemediğim taktirde tedaviye/ameliyata onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

• Tedavi/ameliyat esnasında gerektiği takdirde kan verilmesini kabul ediyorum.

• Tanı/tedavi/ameliyat esnasında temin edilen benimle ilgili tüm dokümanların, **FOTOĞRAFLARIN** ve alınan örneklerin eğitim amaçlı olarak kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum.

• Ameliyatın hastanenin uzman veya asistan doktorlarının gerçekleştirebileceği, bu hastanenin bir eğitim hastanesi olduğu, tedavinin/ameliyatın **BİR KISMININ YA DA TAMAMININ ASİSTAN**

DOKTORLAR TARAFINDAN (uzman doktor gözetiminde) GERÇEKLEŞTİRİLEBİLECEĞİNİ

anladım ve kabul ediyorum.

• Uygulanacak tedavinin/ameliyatın **MEVCUT DURUMUMU İYİLEŞTİRME GARANTİSİ OLMADIĞINI** ve hatta uygulanacak tedavi/ameliyat neticesinde **MEVCUT DURUMUMDAN DAHA DA KÖTÜ OLMA İHTİMALİM OLDUĞUNU** anladım ve kabul ediyorum.

• Tedavi/ameliyat esnasında hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde **TEDAVİNİN GENİŞLETİLEBİLECEĞİNİ** ya da **O AN HAYATİ RİSK NEDENİYLE GEREKLİ GÖRÜLEN FARKLI BİR TEDAVİNİN** (nefes almam için **BOĞAZIMA DELİK AÇILMASI** dâhil) **UYGULANABİLECEĞİNİ** anladım ve kabul ediyorum.

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN

Adı Soyadı: TC Kimlik No:

İmza:

Tarih:

“HASTA YAKINININ” ya da “VELİ/VASİ YAKINININ”

(Bu ikinci kişi hastane personeli ya da hastane personeli ile yakınlığı olan bir kimse olamaz) **Adı Soyadı:**

TC Kimlik No:

İmza:

Tarih:

HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN Kaşesi (Adı Soyadı):

İmza:

Tarih:

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örn. tercüman) Adı Soyadı: TC Kimlik No:

İmza:

Tarih:

UYARI:

• Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

• Çocuk hastalarda HER İKİ EBEVEYİNİN (ANNE ve BABANIN) ikisinin de imzalaması YASAL BİR ZORUNLULUKTUR. Bunlardan yalnız birinin imzası varsa, imzalayan, çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini yasal olarak kanıtlamalıdır. Aksi halde TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR.