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: Baş boyun bölgesinin enfeksiyon kapması durumunda bölgede efeksiyona neden olan odağın vücuda yayılabilme durumu ve sepsis denilen bütün vücutta yaygın bir dağılım göstermesinin önüne geçilebilecek önlemler alınması doğrultusunda teşhis ve tedavi uygulanması.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Uygulanacak tedavi ile boyunda enfeksiyona neden olan odağın kontrol altına alınarak boyundaki enfeksiyonun geriletilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca enfeksiyonun vücudun diğer bölgelerine yayılması önlenmeye çalışılır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Tedavisiz kalmanız durumunda boyun bölgesindeki iltihap bütün vücudunuza yayılabilir ve sepsis denilen tüm vücutta yaygın enfeksiyon gelişebilir, ki bu bütün organlarınızın yetmezliğine kadar ilerleyebilir. Boyundaki enfeksiyon boynun diğer bölgelerine yayılabilir (retrofarengeal-parafarengeal abse vb,) buradan akciğerlere, mediastene, büyük damarlara yayılabilir, ölümcül olabilir. Ağız tabanındaki enfeksiyonlar ilerledikçe dili yukarıya doğru iterek ağızdan solunumu imkânsız hale getirebilir, bu durumda ani solunum durmasını önlemek amacıyla boğazınıza geçici bir delik (trakeotomi) açılması gerekebilir.

Hastanede yatırılarak antibiyotik tedavi verilebileceği gibi uygun durumlarda ayaktan tedavi de yapılabilir. Hastanede yatış sırasında oluşan kendini sınırlayan iltihabı dokuya lokal veya ameliyat şartlarında boşaltma işlemi gerçekleştirilmesi gerebilir. Antibiyotik tedavisine cevap alınamaması durumunda antibiyotik değişiklikleri gündeme gelebilir. Uygulanacak işlem uzman doktor veya uzman doktor gözetiminde asistan doktor tarafından yapılacaktır.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Antibiyoterapi ve gereğinde drenajın seçeneği dışında tedavi alternatifi bulunmamaktadır

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

- Tedavi Yetersizliği; Verilen medikal tedaviye rağmen ve cerrahi olarak iltihap alanın drenajı gerekebilir.
- Gastroenterit; Verilen medikal tedavi (antibiyotik) bağırsakta hasar yaratıp kanlı ishale neden olabilir.
- Alerjik Reaksiyon; Verilen ilaçlara alerjiniz gelişebilir ve vücudunuzda döküntülerden ses tellerinizde şişmeye varan şikâyetler olabilir. Ses tellerinde aşırı şişlik olması durumunda nefes almanız engellenebilir ve boğazınıza geçici delik açılması gerekebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ortalama tedavi süresi 7-10 gündür. Ancak hastanın klinik durumu ve enfeksiyon etkeninin direncine göre tedavi süresi daha kısa veya 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)