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
Halluks Valgus ayak baş parmağında kemiksi çıkıntı ile karakterize bir hastalıktır. Ayak baş parmağında tarak kemiği ile parmak kemikleri arasındaki bölgede oluşan şişlik halluks valgus olarak isimlendirilmektedir. Yine bu deformiteye bunion deformiteside denilmektedir. Halluks valgus deformitesinde salt kemik şişliği değil tarak kemiğininde ayağın içine doğru dönme parmakta ise küçük parmaklara doğru açılanma görülmekte ve bu da ayağın iç kısmıdaki kemik çıkıntısın daha da belirgin hala gelmesine yol açmaktadır.
Şekil bozukluğun oluşumuna katkıda bulunan gergin yumuşak dokuların gevşetilmesi, çıkıntı yapan kemiğin tıraşlanması, parmağın yerine gelmesini engelleyen kemik yapıların çıkarılması (sesamoideksizyonu), ve eklemi normal yerinde tutacak yumuşak doku düzeltmelerini içerir. Yapılacak tedavi; başparmak eklem zarının iç tarafının açılması, kemik çıkıntının tıraşlanması, 1. ve 2. tarak kemiklerinin arasındaki açıyı düzeltecek şekilde 1.tarak kemiği cismi boyunca kemik düzeltici kesi yapılması, metal implantlar ile bu kemik kesinin tespiti, gereken diğer yumuşak doku düzeltmelerinin yapılmasını içerir.
o İşlemden beklenen faydalar:
Eğriliğin ve çıkıntının düzeltilmesi
Daha rahat ağrısız mobilizasyon + ağrısız ayakkabı giyebilme ve dengeli basma
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Şişlik ve eğrilikte artış.
Ağrılı nasır oluşumu.
Ayak önü mekaniğinde bozukluk ve şiddetli ağrı.
Çıkıntılı bölgede bursit oluşumu ve buna bağlı agrı.
Yürüme güçlüğü
Ağrılı yaşam
o Varsa işlemin alternatifler:
Erken vakalarda geniş ayakkabı ile takip
Erken vakalarda düzeltici parmak arası yastık kullanımı
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
Eğrilikte beklenen düzelmenin sağlanamaması
Ameliyat sonrası ağrı
Ameliyat yerinde enfeksiyon
Yara izi
Metal implant kullanım zorunluluğu ve gerekirse implantın çıkarılması,
Diğer tekniklere göre daha fazla yumuşak doku ve kemik hasarı oluşması,
Geç kaynama, kaynamama, iltihaplanma, olasılıkları,
Ayakta uzun süren ödem, diğer tarak kemiklerinde ağrı, açısal deformiteyi aşırı veya gereğinden az düzeltme, sinir yaralanması,
Tarak kemiği kırıkları,
1.ayak tarak kemiğinin baş kısmının canlılığını yitirmesi,
Eklem kıkırdağında harabiyet,
Ameliyatta kullanılan cihazında gevşeme.
o İşlemin tahmini süresi: 1 saat *(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 :

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.

*Yapılacak olan ameliyat şekline göre size anlatılacak egzersizler düzenli olarak yapılmalı, Korse vb gibi tıbbi cihazlar gösterildiği şekilde kullanılmalı, Pansumanlarınız ve hijyen takibi düzenli olarak yapılmalıdır.

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.)