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
Ameliyat kararı alındıktan sonra hastaneye yatırılarak tetkikler yapılır. Eşlik eden hastalıklar(şeker hastalığı, hipertansiyon, kalp sorunları vs.)açısından değerlendirilerek gerekli görülürse ilgili bölümlerin görüşleri istenir. Hastalarda, ameliyat öncesi değerlendirmeye göre anestezi uzmanının önerisi ile belden uyuşturularak, blok anestezileri veya genel anestezi ile yapılır. Anestezi doktoru hastanın durumuna göre postop yoğun bakım talebinde bulunabilir. Bu gibi durumlarda bölümümüzün kendine ait yoğun bakımı olmadığı için diğer bölümlerle görüşülüp ivedilikle yoğun bakım yeri temin edilmeye çalışılır. Yoğun bakım yeri bulunamadığı zamanlarda anestezi bölümünce hasta alınamadığı için ameliyat gecikebilir. Bu tür gecikmelerden tarafımız mesul değildir. Ameliyatta kırık olan femur baş ve boyun kısmı çıkarılıp yuva hazırlanarak protez yerleştirilir. Protez birkaç parçadan oluşmaktadır. Bu parçalar metal, plastik gibi materyallerden oluşmaktadır ve hangi materyalin kullanılacağına hastanın yaşı, kemik durumu, aktivitesi gibi kriterler göz önünde bulundurularak karar verilir. Kalça protezi kemik çimentosu denilen bir dolgu maddesi kullanılarak veya çimentosuz olarak uygulanabilir. Çimento koyulan vakalarda intraoperatif ani kardiyak arrest ve solunum arresti gelişme riski çimentosuz protezlere göre daha yüksektir. Ancak yaşlı ve maligniteli yada osteoporotik kişilerde protezin sağlamlığı ve güvenilirliği açısından çimento tercih edilmektedir. Son olarak bipolar protezin iyi yönü postoperatif hastaların hemen ayağa kaldırarak yürütülmesi ve rehabilitasyona başlanmasıdır.
o İşlemden beklenen faydalar:
Bu operasyon ile planlanılan, mevcut ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetlerinizi en aza indirebilmektir. Tedavinin amacı hastanın kalça eklemi ile ilişkili şikâyetlerini (başta ağrı olmak üzere, hareket kısıtlılığı, fonksiyon kaybı gibi) ortadan kaldırmak ve kalça eklemini daha kullanılabilir hale getirmektir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Hastalık ilerledikçe uygulanacak tedavinin başarı şansı düşebilir. Ancak kalça hastalıklarının hangi kriterlere göre ve ne hızda ilerlediği, hastalığa ve hastaya göre değişebilmektedir
o Varsa işlemin alternatifler:
Ağrı kesici ilaçlar veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları denenebilir.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
1. Bacakta oluşabilecek olan pıhtının akciğere ulaşarak ölüme neden olabileceği (her 1000 kişiden ikisinde ölümcül olduğu); 2. Enfeksiyon olabileceği; buna bağlı uzun süreli antibiotik tedavisi gerekebileceği, bazen tekrar cerrahi kurtarma ve temizleme ameliyatı nadiren de bacak kesilme riski olabileceği (her 100 kişiden birinde enfeksiyon olduğu);
3. Kalça ekleminde çıkık olabileceği buna bağlı tekrar düzeltme ameliyatı gerekebileceği;
4. Eklemde bu girişim için muhtelif kesilerin oluşturabileceği ve bu izlerin belirgin ve kalıcı olabileceği;
5. Kalça etrafındaki sinirlerde kalıcı veya geçici sinir fonksiyon kaybı yaralanmaları oluşabileceği ve bazen bunların onarımı için cerrahi müdahale gerekebildiği (her 100 kişiden birinde);
6. Kalça etrafında atar ve toplardamar yaralanması oluştuğu bunların onarımı için ek cerrahi girişim gerekebildiği bazen bacak kesilmeleri sebebi olduğu;
7. Sinir harabiyetine bağlı yanıcı ağrıların oluşması ayağı kaldırmakta güçlük ortaya çıkabilir bunun için sinir bloklarının uygulanması gerekebilir.
8. Cerrahi sonrasında eklemde eklem sertlikleri ortaya çıkabilir ve bu hastanın oturması yürümesi kalçasını bükmesini zorlaştıra bilir bunun düzeltilmesi için cerrahi gerekebileceği;
9. Bazı kişilerde yara iyileşmesinde sorun olabileceği yara yerinde kırmızılık yara dudaklarının kalınlaşma

ve kabalaşmasının ortaya çıkabileceği;
10. Bacak uzunlukları arasında eşitsizlik olabileceği ve ileri cerrahi gerekebileceği;
11. Redüksiyon sonrası femur başı avaskuler riski oluşabileceğive bu sebeten kalaç erekn artroz oluşabileceği ve sonrasında artroplasti ameliyatı olabilir.

o İşlemin tahmini süresi: ..... *(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.
Ameliyattan sonra 3 hafta süre ile yürüteç (walker) kullanılması gerekebilir. Hastaya göre değişebilmekle bereber 3-6 hafta süre ile varis çorabı kullanılması gerekebilir. Hemen veya belirli bir süreç sonunda fizik tedavi ve rehabilitasyona başlanması gerekebilir veya sadece ev içi öneri-egzersizlerle yetinilebilir. Aktivite düzeyiniz ve normal hayata dönüş süreciniz yapılan müdahale çeşitliliğine göre farklılık gösterecektir. Bunların çoğu ameliyat sonrasında ameliyatı gerçekleştiren ekip tarafından belirlenecek ve netleşecektir.

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.)