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: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan “Gırtlak ve/veya Yutak Kanseri” teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (Larenjektomi/Farenjektomi) gerektiği kararına varılmıştır. Hastalığınız yutak ve/veya gırtlağınızdan kaynaklanmış, hayatı tehdit edebilen, kötü huylu (kanser) bir tümördür. Bu hastalığın öncelikli tedavisi cerrahidir ve ameliyatla tümör dokusunun tamamını vücuttan uzaklaştırmak amaçlanır. Tümör dokusunun tamamının çıkarılmasından sonra kalan dokuların fonksiyonlarını korumak ya da normale yakın olmasını sağlamak ikincil hedeftir. Bazen tümör dokusunun tamamının çıkarılması mümkün olmayabilir. Tüm uygun tedaviler uygulansa bile hastalığın tekrarlaması ya da vücudun başka bir yerinde ortaya çıkması söz konusu olabilir.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan “Gırtlak ve/veya Yutak Kanseri” teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (Larenjektomi/Farenjektomi) gerektiği kararına varılmıştır. Hastalığınız yutak ve/veya gırtlağınızdan kaynaklanmış, hayatı tehdit edebilen, kötü huylu (kanser) bir tümördür. Bu hastalığın öncelikli tedavisi cerrahidir ve ameliyatla tümör dokusunun tamamını vücuttan uzaklaştırmak amaçlanır. Tümör dokusunun tamamının çıkarılmasından sonra kalan dokuların fonksiyonlarını korumak ya da normale yakın olmasını sağlamak ikincil hedeftir. Bazen tümör dokusunun tamamının çıkarılması mümkün olmayabilir. Tüm uygun tedaviler uygulansa bile hastalığın tekrarlaması ya da vücudun başka bir yerinde ortaya çıkması söz konusu olabilir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Bu hastalığın mutlaka tedavi edilmesi gereklidir. Tedavi edilmeyen hastalarda hastalık ilerleyerek soluk almayı ya da beslenmeyi imkânsız kılar ve bu durum sonunda da ölüm kaçınılmazdır.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Çok erken evre kanserlerde cerrahiye alternatif olarak ışın tedavisi düşünülebilir ancak cerrahi ile ışın tedavisi arasında yapılacak seçim kişisel tercihe göre değil tümörün ve hastanın durumuna göre yapılır.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI: İşlemin genel anestezi (narkoz) ile uygulanacaktır. “Anestezi Aydınlatılmış Hasta Onam Formu”nda, anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezistiniz (narkozu verecek olan doktor) ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz. Ayrıca genellikle gerekmemesine rağmen, olağanüstü bir durumda lüzumu halinde kullanılabilecek kan veya kan ürünlerinin nakli sırasında oluşabilecek hastalık bulaşma ihtimali de vardır. Bu işlem boyunda değişik boyutlarda ve şekillerde olabilecek kesi ile gerçekleştirilir. Bu yöntem ile mevcut tümör dokularının tamamının çıkarılması hedeflenir. Total ya da parsiyel larenjektomi ve/veya farenjektomi (Gırtlağın ve/veya yutağın tamamının ya da bir kısmının çıkarılması) bu bölge kanserlerinin tedavisi için oldukça başarılı bir metottur. Tümörün yayılımına, hastanın durumuna göre karar verilen farklı cerrahi yöntemler seçilebilir. Uygulanabilecek yöntemler içerisinde sadece ses telinin birinin alınması gibi nispeten basit ameliyat olabileceği gibi gırtlağın bir kısmının,tamamının alınabileceği, ya da yutağın da alınabileceği şekilde yapılabilir. Bu cerrahilere çoğunlukla boyundaki lenf bezlerinin çıkarılması da eklenir. Ameliyat sonrasında yoğun bakıma ve solunum aletine bağlanma ihtiyacınız olabilir. Ameliyat sırasında olağanüstü bir gelişme olursa geçici bir süre için göğüs kafesinize bir tüp takılabilir. Ameliyat sonrasında çoğunlukla nefes borunuza bir delik açılır, bu deliğin kapanmaması için kanül yerleştirilir. Bu delik gırtlağın tamamının alındığı tüm ameliyatlarda ve bazı diğer ameliyatlar sonunda ömür boyu kalıcıdır. Ameliyat sonrasında iyileşme dönemi boyunca burnunuzdan midenize gönderilen bir hortum vasıtasıyla besleneceksiniz, bazı durumlarda ise bu beslenme hortumu direk midenize karın boşluğu yolu ile yerleştirilecektir. Yutağın bir kısmı ya da tamamının çıkarıldığı durumlarda bu bölgenin onarımı için göğüsten, omuzdan, koldan, bacaktan doku aktarması gerekebilir. Bu durumda doku alınan bölgede alınan dokunun miktarına göre ayrı bir kesi ya da yara oluşacaktır.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 7-8 saat kadar (boyun lenf nodlarının temizlenmesiyle birlikte)

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)