Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Yapılması planlanan Kolesistektomi ameliyatı sağlığınız için gereklidir. Ameliyatı gerçekleştirecek olan hekim tarafından size bu ameliyatla ilgili detaylı bilgiler (ameliyatın seyri, karşılaşılabilecek olan güçlükler, istenmeyen durumlar ve riskler vb.) verilecektir. Bu bilgilerin ışığında serbest iradenizle karar verebileceksiniz. Bu belge, sizin, söz konusu hekim ile yapacağınız görüşme öncesinde hazırlanmanıza yardımcı olacaktır

1İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

Safra kesenizde bulunan hastalık, sağlığınız için bir risk kaynağıdır ve hayatınızı tehdit eden boyutlara ulaşılabilecek gelişmelere yol açabilir. .Cerrahi tedaviden sonra hastanın hastalığının kısa sürede iyileşmesi beklenen tedavi faydasıdır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Bu girişim yapılmadığı taktirde mevcut duruma ek olarak iltihaplanma ve bunun tehlikeli boyutlara ulaşması, iltihaplı safra kesesinin delinmesi, tıkanma sarılığı, büyük taşların zamanla kansere zemin hazırlaması... gibi riskler söz konusudur.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Karın sağ-üst bölgesine uygulanacak bu girişimde, 4 veya 5 ve 10 milimetrelik deliklerden takılacak araçlar kullanılarak önce karın içi kamera ile muayene edilir ve safra kesesi çıkarılır. Muayene esnasında safra kesesi bölgesinde belirgin iltihap-yapışıklıklar vb. kapalı ameliyatı riskli kılacak durumlar varsa cerrah açık ameliyat seçeneğine geçer. Açık ameliyatta 10-20 cm. uzunluğunda bir kesi yapılacağı için iyileşme sürecinde böyle bir yaranın da iyileşmesi ve bunun da olası sıkıntıları (yara enfeksiyonu, yapışıklıklar, fıtıklaşma...) mevcut tabloya eklenebilecektir. Bu ameliyatta kan verilmesi, çok nadir durumlarda söz konusu olabilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Sık görülebilen yan etkiler : Ağrı

Nadir görülebilen yan etkiler: Yara problemleri, kanama, enfeksiyon, iç yapışıklıklar, fıtıklaşma

Çok nadir görülebilen yan etkiler: Barsak tıkanması, büyük damar veya barsak yaralanması, safra yolu yaralanmaları, damar tıkanmaları (pıhtı) . Çok nadiren de olsa ölümle sonuçlanabilir. Bunların yanında safra kaçağı, paralitik ileus, büyük damar yaralanması, yakın organ yaralanması gibi intraoperatif yaralanmalar görülebilir. Hatta nadiren dahi olsa ölüm bile görülebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Bu ameliyat 1-3 saat arası sürmektedir**.** Beklenmedik bir durumda ameliyat süresi uzayabilir

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 :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
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)