Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Yapılması planlanan bu ameliyat 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.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

Tümöral kitlelerin tanısı, kitlenin tamamının çıkarımı veya parça alınımı sonrası patolojik incelemeyle konur. Ancak kötü huylu tümörler çıplak gözle bakarak da büyük olasılıkla doğru olarak değerlendirilirler. Cerrahi tedaviden sonra hastanın hastalığının kısa sürede iyileşmesi beklenen tedavi faydasıdır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Kötü tiplerin çoğunluğu büyüme eğiliminde olup etraf dokuya yayılarak daha ciddi sonuçlara yol açabilir. Patoloji sonucuna göre ek bir cerrahi veya ışın tedavisi/ kemoterapi gerekebilir.Bu tümörlerin bilinen en iyi tedavi yöntemi cerrahi olarak çıkarılmalarıdır.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Cerrahi dışında herhangi bir alternatif tedavisi yoktur.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Ameliyat sonrası enfeksiyon (iltihaplanma) oluşursa yara iyileşmesi gecikebilir ve daha uzun süre pansuman ve ilaç tedavisi gerektirebilir. Hatta çok nadiren de olsa yaranın tekrar dikilmesi veya aşılanması gerekebilir.Kitle kötü huylu tümörse nüks (tekrarlayabilir) edebilir, yayılabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Bu ameliyat 15-60 dk saat arası sürmektedir. Beklenmedik bir durumda ameliyat süresi uzayabilir Sorunların olasılığını azaltmak için ameliyat sonrasında doktorun önereceği antibiyotik, ağrı kesici ve benzeri ilaçlar aksatılmadan kullanılmalı, pansuman ve bandaj düzenli olarak uygulanmalıdır. Ameliyatla ilgili herhangi bir sorun olduğunda, sorunun kaynağını ve çözümünü en iyi değerlendirecek kişi olduğundan, öncelikle ameliyatı yapan doktorla görüşülmelidir.

Sigara, doku dolaşımını olumsuz etkileyerek oluşabilecek tüm sorunların ihtimalini ciddi oranda arttırmaktadır. Mutlak olarak içilmemelidir.

Ameliyat izleri 6 ay ile 2 yıl süren bir olgunlaşma dönemi boyunca giderek soluklaşarak ten rengine yaklaşır. Ancak aşırı nedbe oluşmasına eğilimli kişilerde belirgin iz kalabilir. Ayrıca kitlenin yerleşim yerine göre, göz kapağı, burun kanadı, dudak gibi yüz estetik ünitelerinde bir miktar çekme-çekilme de olabilir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

(Alerji, kanama istidadı, yara iyileşmesinde gecikme, kullanılan ilaçlar vs.) :

Sürekli ya da sık kullanılan ilaçlar:

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)