Sayın hastamız lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz:

• Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi veya cerrahi tedavi, girişim veya tanısal girişim (bundan sonra "İşlem" olarak tanımlanacaktır) hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

• Önerilen işlem hakkındaki bilgi aydınlatılmış onam (rıza) formun bölümlerinde mevcuttur.

• Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. • İşlem kim/ler tarafından yapılacağı, beklenen faydaları, olası riskleri ve süresini öğrendikten sonra yapılacak işleme onam vermek veya vermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• İşlem için onam vermiş olsanız bile; tıbbi yönden bir sakınca yok ise, istediğiniz zaman geri çekme hakkına sahipsiniz.

• Önerilen işleme onam vermemeniz veya geri çekmeniz durumunda formun ilgili bölümünü doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir.

• Sözel olarak anlatılanlar ve bu formda belirtilenlerden başka sorularınız varsa bu soruları bilgilendirme yapan hekime sorabilirsiniz.

1. Hastalık hakkında bilgi:Tırnak batması, uygunsuz tırnak kesimi, dar ayakkabı kullanımı, travma veya genetik yatkınlık nedeniyle gelişerek ağrı, şişlik ve enfeksiyona yol açabilen yaygın bir durumdur. Kısmi veya tam tırnak çekimi, şiddetli tırnak batmaları, tekrarlayan enfeksiyonlar (paronişi), travmaya bağlı tırnak deformiteleri, mantar enfeksiyonuna bağlı kalınlaşmış tırnaklar ve tırnak altı kistleri gibi durumlarda uygulanabilir. Kısmi tırnak çekimi, sadece batmaya neden olan kısmın alınmasını içerirken, tam tırnak çekimi ciddi enfeksiyon veya tırnak yatağı hasarı durumunda tüm tırnağın çıkarılmasıdır. Hastalığınızdan ötürü size kısmi veya tam tırnak çekimi uygulanmasını uygun görüyoruz. İşlemle ilgili detaylı bilgi edinmeniz için aşağıdaki metni dikkatlice okumanız önemlidir. Bilgileri okuyup anladıktan sonra işlemi kabul ediyorsanız formu imzalayınız.

2. İşlemin tanımı:Kısmi veya tam tırnak çekimi, tırnak batması, enfeksiyon, deformite veya diğer tırnak hastalıklarını tedavi etmek amacıyla yapılan bir işlemdir.İşlem öncesinde, bölgeye lokal anestezi uygulanarak ağrı hissi engellenir. Kısmi tırnak çekiminde, yalnızca batmaya veya rahatsızlığa neden olan tırnak kısmı alınırken, tam tırnak çekiminde tırnağın tamamı çıkarılır.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:.....
....
.....

4. İşlemden beklenen faydalar:Kısmi veya tam tırnak çekimi, tırnak batması, enfeksiyon ve ağrıya neden olan baskıyı ortadan kaldırarak rahatlama sağlamayı amaçlar. İşlem sonrasında, enfeksiyon riski azalır ve tırnak yatağı sağlıklı bir şekilde iyileşebilir. Ancak, tırnak tamamen çekilse bile yeniden uzayabilir ve bazı durumlarda eski şeklini koruyamayabilir. Tekrarlayan tırnak batmalarında, kalıcı çözüm için tırnak köküne ek müdahale gerekebilir.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar:Tırnak batması veya diğer tırnak problemlerinin tedavi edilmemesi durumunda, ağrı ve rahatsızlık artabilir, enfeksiyon gelişebilir ve tırnak çevresindeki dokular zarar görebilir.İleri vakalarda, şiddetli enfeksiyon (paronişi), apseler ve tırnak yatağında kalıcı şekil bozuklukları oluşabilir. Tedavi edilmeyen kronik enfeksiyonlar, kemik dokusuna yayılabilir (osteomyelit) ve daha kapsamlı tedavi gerektirebilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri:Kısmi veya tam tırnak çekimi yerine, hafif ve orta dereceli vakalarda tırnağın uygun şekilde kesilmesi, antiseptik solüsyonlar kullanılması, dar ayakkabı giymekten kaçınılması veya lokal antibiyotik tedavisi gibi konservatif yöntemler uygulanabilir. Batık tırnak telleri (ortonyksi) ile tırnağın uzama yönü düzenlenebilir, ancak bu yöntemler kesin çözüm sağlamayabilir. Tekrarlayan vakalarda, tırnak köküne kimyasal veya cerrahi müdahale yapılarak tırnağın tekrar uzaması engellenebilir. Alternatif tedavilerin etkinliği duruma göre değiştiğinden, kalıcı çözüm için doktor önerisi doğrultusunda kısmi veya tam tırnak çekimi gerekebilir.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Kısmi veya tam tırnak çekimi genellikle güvenli bir işlem olsa da, her cerrahi müdahalede olduğu gibi bazı riskler ve komplikasyonlar gelişebilir. İşlem sonrası geçici ağrı, şişlik, kızarıklık ve hafif kanama görülebilir.Nadir durumlarda, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, tırnak yatağında şekil bozukluğu veya tırnağın tekrar uzaması gibi komplikasyonlar oluşabilir. Enfeksiyonun

ilerlemesi halinde, kemik dokusunu etkileyebilecek ciddi bir enfeksiyon olan osteomyelit gelişme riski bulunmaktadır.

8. İşlemin tahmini süresi:Kısmi veya tam tırnak çekimi,uygulama yapılacak tırnak sayısına ve işlemin kapsamına bağlı olarak genellikle 10 ila 20 dakika sürmektedir. **İşlem sonrası iyileşme süreci kişiden kişiye değişmekle birlikte,** genellikle birkaç hafta içinde tamamlanır.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:İşlem sırasında ağrıyı önlemek amacıyla lokal anestezik

ilaçlaruygulanır.Bu ilaçlar, işlem bölgesini geçici olarak uyuşturarak ağrı hissini azaltır. İşlem sonrasında, enfeksiyon riskiniazaltmak için antibiyotikli merhemler reçete edilebilir. Ayrıca, ağrı ve iltihabı kontrol altına almak amacıyla doktorunuz uygun görürse ağrı kesici veya anti-inflamatuar ilaçlar önerebilir. Eğer herhangi bir ilaca karşı alerjiniz varsa veya düzenli kullandığınız ilaçlar bulunuyorsa, bunu doktorunuza bildirmeniz önemlidir.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:İşlem sonrası iyileşme sürecini hızlandırmak ve enfeksiyon riskini önlemek için doktorun önerdiği bakım talimatlarına uyulmalıdır. İlk günlerde bölge temiz ve kuru tutulmalı, pansuman düzenli olarak yapılmalı ve aşırı basınçtan kaçınılmalıdır. Dar ayakkabı giymekten kaçınılmalı, rahat ve açık uçlu ayakkabılar tercih edilmelidir. Sigara kullanımı iyileşme sürecini geciktirebileceğinden bırakılması önerilir. Ayrıca, belirtilen süre boyunca ağır egzersizlerden ve uzun süre ayakta kalmaktan kaçınılmalıdır.

11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:İşlem sonrası şiddetli ağrı, uzun süren kanama, enfeksiyon belirtileri (şişlik, kötü kokulu akıntı) veya beklenmeyen bir durum yaşarsanız, mesai saatleri içinde dermatoloji polikliniğine başvurmanız veya acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşuna gitmeniz önerilir.

12. Hastaya özgü durumlar (Kullandığı ilaç/lar, hastalıkları, diyet katkı maddeleri, bitkisel ilaçlar, vb. varsa açıklayınız. Yok ise “Yok” olarak belirtiniz)

……

……
……

HASTA, VEKİLİ, VELİSİ veya VASİSİNİN ONAMI

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir işlem yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, işlemi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir işlem yapılabileceğini, işlemin maliyeti hakkında ilişkin tüm sorularımı yanıtladı. İşlem’ den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususlarda bilgilendirildim ve anladım.

Yukarıda açıklanan işlemin üzerimde veya yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan işlemi kabul ediyor, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave işlemin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Önerilen işlem yöntemlerini reddetme, sonlandırma ve geri çekme hakkım olduğu tarafıma bildirildi.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

☐Bu formda tanımlanan işlemin ☐ Başkasına bilgi verilmesini istiyorum.

uygulanmasını KABUL EDİYORUM. Bilgi verilmesi istenilenin kişinin; Adı-Soyadı / Adresi / Telefonu

Aşağıda boş bırakılan alana “okudum, anladım, kabul ediyorum, onam formunun bir nüshasını elden teslim aldım.” yazınız ve imzalayınız. (Bu bölüm hastanın / yasal temsilcisinin kendi el yazısı ile yazılmalıdır.)

Hasta Adı Soyadı **Bilgilendirmeyi Yapan Hekim** Adı Soyadı

İmza Tarih Saat Kaşe İmza Tarih Saat

Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi

Yasal temsilcisinden onam alınma nedeni

• Bilinci kapalı • 18 yaşından küçük

Saat

İmza Tarih

• Karar verme yetisi yok • Acil

• Hasta Tarafından Yetkilendirilmiş

Şahit Adı Soyadı **Tercüman** Adı Soyadı / Telefonu

İhtiyaç halinde

Saat Saat

İmza Tarih İmza Tarih

☐ İşlemin uygulanmasını KABUL ETMİYORUM. ☐Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler

Adı Soyadı / İmza / Tarih / Saat ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla GERİ

ÇEKİYORUM.

İmza / Tarih / Saat

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınmalıdır.