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 guatr veya tiroid tümörü teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (tiroidektomi) gerektiği kararına varılmıştır. Bu hastalıkta normalde hormon salgılayan tiroid organımızda iyi veya kötü huylu kitleler oluşmakta veya tiroid bezi iltihabi hastalıklara bağlı yapısal olarak bozulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında ailevi, çevresel ya da hormonal etkenler bulunabilir. En önemli şikayet boyunda yumru şeklinde kitlelerdir. Tedavisinde ameliyat ile bu kitleleri içeren tiroid bezinin tamamı veya bir kısmı çıkarılır. Beraberinde boyunun diğer bölgelerini içerecek ameliyatlar eklenebilir. Bu durum ameliyatınızdan önce ayrıyeten değerlendirilecektir.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda guatr veya tiroid tümörü teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (tiroidektomi) gerektiği kararına varılmıştır. Bu hastalıkta normalde hormon salgılayan tiroid organımızda iyi veya kötü huylu kitleler oluşmakta veya tiroid bezi iltihabi hastalıklara bağlı yapısal olarak bozulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında ailevi, çevresel ya da hormonal etkenler bulunabilir. En önemli şikayet boyunda yumru şeklinde kitlelerdir. Tedavisinde ameliyat ile bu kitleleri içeren tiroid bezinin tamamı veya bir kısmı çıkarılır. Beraberinde boyunun diğer bölgelerini içerecek ameliyatlar eklenebilir. Bu durum ameliyatınızdan önce ayrıca değerlendirilecektir.

Lütfen ameliyattan en az bir hafta önce, eğer alıyorsanız aspirin gibi kanı sulandıran ilaçları almayı bırakınız. Müdahale saatinden 8 saat öncesinden itibaren hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Özel bir hastalığınız varsa sorulmadan doktorunuza bilgi veriniz. Ameliyata giderken üzerinizdeki tüm takı ve protezleri (saat, yüzük, kolye, bilezik, küpe, hareketli diş protezi, işitme cihazı, vb... gibi) çıkarıp bir yakınınıza teslim ediniz.

Ameliyattan sonra 4 saat hiçbir şey yiyip içmeyiniz. Sonra aşırı ve ani yüklenmemek kaydıyla ve sıvı gıdaları tercih ederek beslenebilirsiniz. Ameliyattan sonra ameliyat bölgesine yerleştirilen hortumlar boynunuzun rahat hareket etmesini engelleyebilir. Eğer ameliyat bölgesinde şişkinlik veya kanama olursa doktorunuza veriniz ses kısıklığı veya solunum zorluğu olursa doktorunuza haber veriniz. Yüzünüzde veya ellerinizde kasılmalar, karıncalanmalar olursa doktorunuza haber veriniz. Ameliyattan sonraki ilk 1 hafta mümkün olduğunca ani hareketlerden, zorlanmalardan kaçınarak yatak istirahati yapın. Ameliyattan sonra boyun bölgesini 3-6 ay boyunca direkt güneş ışığı maruziyetinden koruyunuz. Bu ameliyattan sonra ömür boyu tiroid hormonu ilaçları kullanmanız gerekebilir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Önerilen bu müdahale yapılmadığı takdirde hastalığınızın kalıcı düzelmesi mümkün olamayacağı gibi, hastalığın yaratabileceği bazı riskler de bulunmaktadır. Bu tedavi uygulanmadığı durumda şikayetlerinizin düzelmesi yada azalması beklenemez. Hastalığınız ilerleyerek boyunun ve vücudun diğer bölgelerine yayılabilir. Türüne göre hayati tehlike oluşturabilecek sonuçlar doğurabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Size uygulanacak işlemin alternatifi hastalığınıza göre değişmektedir. iyi huylu tiroid hastalıklarında hormon tedavileri, kitle içine enjeksiyonlar yapılabilir. Kötü huylu tiroid kitlelerinin cerahi dışında radyoaktif maddelerle ortadan kaldırılmaya çalışılması tedavisi mevcuttur fakat bu tedavi daha çok ameliyata ek olarak kullanılır, ana tedavi olamaz.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Sık görülebilen yan etkiler: Kanama, yara yeri enfeksiyonu, hematom

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Tek taraflı ses teli felci ve buna bağlı ses kısıklığı, hafif nefes darlığı
  - Ameliyat bölgesinde içeri kanama nedeniyle tekrar acil ameliyat edilme durumu
  - Paratiroid bezlerinin kalıcı hasarına bağlı kalıcı kanda kalsiyum düşüklüğü ve bu duruma bağlı sürekli kalsiyum yükseltici ilaçlar kullanma durumu

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Her iki taraflı ses teli felcine bağlı ciddi solunum sıkıntısı ve buna bağlı acil olarak boğaza delik delme(trakeotomi) durumu. Bu delik kalıcı veya geçici olabilir.
- Kalıcı ciddi ses kısıklığı
- Eğer her iki taraflı ses teli felci oluşursa bu durumu düzeltmek için ilerleyen dönemde tekrar ameliyat olmanız gerekebilir.
- Soluk borusu yaralanması
- Yemek borusu yaralanması

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 2-3 saattir**.**

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)