HASTA Adı ve Soyadı:	Telefon Numarası:
T.C. Numarası:	Başvuru Tarihi/Saat:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):	Hastalığın Tanısı/Ön Tanı:

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir.
Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME
Ameliyat yöntemi; Ameliyat spinal (belden uyuşturma) veya lokal anestezi altında yapılacaktır. Uygun saha temizliği sonrasında steril koşullarda ayak parmak distal fleksör katlantıdan transvers kesi ile girilerek FDP'nin tenotomisini takiben eklem gevşetmesi ve daha sonrada gerekirse teloskopik olarak gönderilen K teli ile geçici tespit yapılacaktır. Daha sonra kesilmiş olan dokular yerlerine dikilerek ameliyat tamamlanır. Dikişler 2-3 hafta içerisinde alınmaktadır. Her cerrahi işlemin olduğu gibi çekiç parmak deformitesi cerrahisinin de riskleri vardır ve sizin bu riskleri anlamanız önemlidir. Bireylerin bir cerrahi müdahaleyi kabul etmeleri o işlemin yarar-zarar dengesine bağlıdır.
o İşlemden beklenen faydalar:
Bu operasyon ile planlanılan, parmağınızdaki takılma hissi ve meydana gelen ağrı şikayetinin önüne geçilmesidir.
1.Ayaktaki deformiteyi düzeltmek
2.Parmakların tam olarak yere basmasını sağlamak
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Tedavi edilmediği takdirde mevcut patoloji ilerleyebilir ve ilgilendirdiği tendonda kalıcı hasara ve parmak fonksiyon kaybına yol açabilir. Şekil ve fonksiyon bozuklukları olabilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Belirtileri yeni başlayan hastalarda cerrahi tedavi öncesinde aktivite azaltılması, ödem giderici ilaçlar ve atel kullanımı tercih edilir. Takılma meydana gelmeye başlamış hastalarda, bölgeye steroid enjeksiyonu, semptomların azalmasına yardımcı olabilir. Fakat steroidin tendon yapılarına uzun vadede verdiği zararlardan dolayı çok tercih edilmemektedir.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
Ameliyat Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar: 1.Dokularda delinme ya da zedelenme 2.Çevre sinir ve damar yapılarında yaralanma ve buna bağlı geçici veya kalıcı fonksiyon bozuklukları
Ameliyat Sonrasında Oluşabilecek Komplikasyonlar: 1.Bacakta damar problemlerine bağlı kalıcı veya geçici şişlik 2.Enfeksiyon
o İşlemin tahmini süresi: 45-60 dakika arasındadır.*(Hekiminiz durumunuza göre ayrıca bilgilendirme yapacaktır.)*
o Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar :
Kullandığınız ilaçlar (özellikle de aspirin gibi kanın pıhtılaşmasını engelleyici olanlar), mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve ilaç alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi veriniz. İşlem bittikten sonra anestezi ilaçları kesilecek ve yavaş ve sakin bir şekilde uyanmanız sağlanacaktır. İşlem sonrası dönemde ağrınızın olmaması için işlem sırasında ağrı kesici ilaçlar serum içine konularak verilecektir. Buna rağmen ağrınız olursa yine serum içinden ya da intramüsküler (kalçadan) ağrı kesici ilaç verilecektir. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayınız.
o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar :
Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Planlanan cerrahi girişim şekline göre hastanın bazı hazırlıkları yapması gerekir. Ameliyat öncesi mide bağırsak kanalının boş olması önemlidir. Anestezi altında hastanın kusması çok ciddi sorunlara neden olabilir. Kusulan gıda artıkları solunum yoluna kaçabilir ve bu da akciğer enfeksiyonuna neden olabilir. Bu nedenle doktor aksini söylemedikçe hastanın cerrahi girişimden en az 6-8 saat önce herhangi bir şey yememesi gerekir. Bazı durumlarda doktor hastanın

kullandığı önemli ilaçları çok az bir su ile almasına izin verebilir. Ameliyat bölgesinde kanama ile ilgili problemlerin önlenmesi için kan sulandırıcı ilaçlar (aspirin, coumadin vb) ameliyat öncesi 7 gün önce bırakılmalıdır. Sigara kullanıyorsa kullanmaması önerilir. Ameliyat sahasının temizliği cerrahi enfeksiyonlar dan korunmak için önemlidir. Bu nedenle ameliyat sahasındaki kılların temizlenmesi gerekebilir.
Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Yapılacak olan ameliyat şekline göre size anlatılacak egzersizleri düzenli olarak yapmalısınız. Korse vb. gibi tıbbi cihazları gösterildiği şekilde kullanmalısınız. Pansumanlarınız ve hijyen takibi düzenli olarak yapılmalıdır.

ONAM (RIZA GÖSTERME)
Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş hasta onam formu” nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.
OKUDUM, ANLADIM, ONAY VERİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)
. . . .

Hastanın onamı (Mümkünse): *Adı Soyadı:* *Tarih/Saat:* *İmza:*	Tercümanın (İhtiyaç Halinde): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:	Tanık-Şahit (İhtiyaç Halinde Sağlık Personeli): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:
Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim: Adı Soyadı/Unvanı: Tarih/Saat: İmza:

(Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.)