Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih Ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi:

Bildiğiniz gibi anal fistül,fistülotomi,fistülektomi,seton tedavisi v.s için ameliyat planlanmıştır. Bu form sizi doktorunuzla yapacağınız görüşmeye hazırlamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu bilgiler ışığında serbest iradenizle ile tedaviniz hakkında karar vermeniz uygun olacaktır. İstediğiniz anda tedavi kararınızdan vazgeçebilirsiniz. Hastaneye gelirken lütfen bu formu yanınızda getirip, doktorunuza teslim ediniz.

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

2. **-İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Makatta akıntı, kaşıntı, ağrı gibi şikâyetlerin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Cerrahi tedaviden sonra hastanın hastalığının kısa sürede iyileşmesi beklenen tedavi faydasıdır.

3. **-İŞLEMİN UYGULANMMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

Tedavi uygulanmadığı takdirde ağrı akıntı ve kanamanız sürekli olarak devam eder.

4-VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Alternatif tedavisi medikal tedavidir fakat medikal tedaviye genellikle cevap vermediğinden cerrahi tedavi dışında alternatif tedavisi yoktur.

5. **-İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:**

Anestezi komplikasyonları görülebilir, akciğer embolosi görülebilir, ameliyat sonrası içeriye veya dışarıya kanama olabilir.Buna bağlı olarak kan ve kan ürünleri verilmesi gerekebilir.Kanama, anal inkontinans,nüks, enfeksiyon ,Ex(ölüm) görülebilir. Nadir olarak ileri derece diyabet, immün sistem yetmezliği gibi kişinin travmaya ve enfeksiyon ajanlarına cevabının ciddi olarak etkilendiği kişilerde cerrahi sonrası anüs etrafında enfeksiyon gelişip, hayati risk taşıyan durumlara yol açabilir. Yine çok nadir olarak bu ameliyat sonrası geçici süreyle veya kalıcı olarak dışkı ve/veya gaz çıkarma kontrolünüzü bir miktar veya tamamen kaybedebilirsiniz (inkontinens). Bu yan etkinin tedavisi için başka ameliyatlar veya işlemler gerekebilir. Ancak bu son bahsedilen işlemler yine de işe yaramayıp kalıcı bir hasar oluşabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Anal fissür ameliyatları normalde 30-60 dk sürmektedir. Beklenmedik bir durumda ameliyat süresi uzayabilir. Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Bu noktalarla ilgili açıklamalar anestezi doktorları tarafından yapılacaktır. Ameliyattan duruma göre 4-6 saat sonra yemek yemeye(sulu gıdalar) başlayabilirsiniz. Ağrı ve diğer gereksinimleriniz için doktorlarınız tarafından uygun ilaçlar verilecektir. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayın. Aklınıza takılan durumlar için hemşire ve doktorunuza başvurabilirsiniz. Spinal anestezi uygulandı ise ilk idrarınızı yapmakta zorlanabilirsiniz. Bu durumda geçici olarak bir sonda yardımı ile idrarınız alınacaktır. Ameliyat öncesi lavman uygulandı ise birkaç gün tuvaletiniz gelmeyebilir. Taburculuk gününüz genel olarak ameliyatın ertesi günüdür. Ancak doktorunuz gerekli görürse süreyi uzatabilir. Aksi söylenmedikçe ve bir sorun gelişmezse 10 gün sonra kontrole geliniz. Ameliyat yerinizde bir müddet ağrı ve kanama olacaktır ancak giderek artarsa, şişme ve akıntı eşlik ederse, kabızlık uzun sürerse (3 günden fazla), şiddetli kanama olursa (örn, bir bardak kadar). 38°C 'i geçen ateş ve titreme nöbeti, bulantı-kusma olursa hiç beklemeden ya hastanemize ya da en yakın sağlık merkezine başvurunuz.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

- **Alerji:** ▭ **var** ▭ **yok**
- **Kanama-pıhtılaşma bozukluğu:** ▭ **var** ▭ **yok**
- **Daha önceki yaraların iyileşmesinde gecikme:** ▭ **var** ▭ **yok**

Sürekli ya da sık kullanılan ilaçlar:

.....

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ:

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 YAKINININ 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.

NOT: Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır