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 konulan nazal alt konka hipertrofisi teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (konka radyofrekans cerrahisi) gerektiği kararına varılmıştır. Bu hastalıkta burun içerisinde normalde yer alan, solunan havayı ısıtmakla ve nemlendirmekle görevli burun etlerinin büyüklüğünün normalden fazla duruma gelmesi mevcuttur. En önemli şikâyet burun tıkanıklığıdır. Çevresel faktörlerin yanı sıra alerjik mekanizma ile de ortaya çıkabilir. Tedavisinde büyüyen konkalar radyofrekans cihazından çıkan ısı enerjisi ile küçültülmeye çalışılır.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan nazal alt konka hipertrofisi teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (konka radyofrekans cerrahisi) gerektiği kararına varılmıştır. Bu hastalıkta burun içerisinde normalde yer alan, solunan havayı ısıtmakla ve nemlendirmekle görevli burun etlerinin büyüklüğünün normalden fazla duruma gelmesi mevcuttur. En önemli şikâyet burun tıkanıklığıdır. Çevresel faktörlerin yanı sıra alerjik mekanizma ile de ortaya çıkabilir. Tedavisinde büyüyen konkalar radyofrekans cihazından çıkan ısı enerjisi ile küçültülmeye çalışılır.

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 işleminiz lokal (sadece burunu uyuşturma) veya genel (uyutma) anestezi ile gerçekleşebilir. Ameliyat sonrası 3 gün kadar dinleniniz. Ağır ve zorlayıcı hareketlerden kaçınınız. Burun içerisini nemlendirici serum benzeri sıvılarla yıkayarak nemlendiriniz

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Burun tıkanıklığının düzelmemesi, tekrarlayan üst solunum yolları enfeksiyonları gelişebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Size uygulanacak işlemin alternatifleri ilaç kullanma veya aynı cerrahi işlemin diğer yöntemlerle veya klasik olarak kesilerek yapılmasıdır. İlaç tedavisini çok uzun süre kullanmanız başka sorunlara da yol açabilir veya hali hazırda bu tedaviye yönlendiyseniz ilaç kullanmış ve artık fayda göremez olmuş olabilirsiniz. Konkayı küçültmeye yönelik her cerrahi işlemin (koter, keserek çıkarma vb..) benzer sonuçları vardır.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Sık görülebilen yan etkiler:

- Kanama: genellikle ilk 3 hafta içinde oluşur ve önemsizdir.
- Enfeksiyon: antibiyotik kullanımı gerekebilir.
- Kabuklanma: genelde ilk 4-6 haftada düzelir
- Nadir görülebilen yan etkiler:
  - Konkada nekroz oluşarak burun içinde uzamış kokulu enfeksiyona yol açabilir.
  - Burun tıkanıklığının tekrarlaması: ortalama 6 ay sonra hastaların bir kısmında konkalar tekrar büyüyebilir.

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Ameliyat esnasında yapılan ilaçlara bağlı gözü besleyen damarlarda ani büzüşme gelişip körlüğe yol açabilir. Bu durumun önüne geçmek için konkaya damar büzüştürücü etkisi olmayan ilaçlar enjekte edilmeye başlanmıştır. Son derece nadir görülür.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 15-30 dakika

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)