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
o İşlemden beklenen faydalar:
Rotator cuff, (humerus(üst kol kemiği) kemiğinin üst ucundaki omuz eklemini yapan baş kısmını çepeçevre saran adele-tendon yapıdır. Omuz eklemini yerinde tutar ve omuzun içe-dışa dönüş hareketlerini yaptırır.
Belirtileri: Kolunuzu hareket ettirdikçe artan omuz ağrısı, uyutmayacak derecede şiddetli omuz ağrısı, omuzda, günlük işlerinizi yapmayı güçleştirecek ölçüde ağrı, kolunuzu belli bir noktadan öteye kaldıramamak veya döndürememek.
Narkoz verilerek uyutulmanızı takiben omzunuzdan bir kesiyle girilerek yırtık kirişin dikilmesi ve omuz ekleminin üstündeki kemiğin inceltilmesi ameliyatı yapılacaktır. İşlemden beklenen fayda belirtilerin yok olması ve normal işlevsel hale gelen omuz eklemidir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Ameliyat yapılmadığı takdirde omuzdaki ağrı, hareket kısıtlılığı ve fonksiyon kaybı devam edecektir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Alternatif tedavi olarak ilaç kullanımı, istirahat ve fizik tedavi uygulanabilir. Eğer bunlardan cevap alınamazsa şikayetlerin düzelmesi cerrahi ile mümkündür. Ameliyat yapılmadığı takdirde şikâyetler devam edecek, zamanla daha da artacaktır.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
1. Akciğerde antibiyotik ve fizik tedavi gerektiren küçük bölgelerde kollaps adı verilen çökmeler oluşabilir ve akciğer iltihabına yol açabilir.
2. Bacakta pıhtı oluşabilir ağrı ve şişlik yapabilir nadiren bu pıhtı akciğerlere giderek ölümcül olabilir.
3. Kalp krizi gelişebilir.
4. Minimal de olsa ölüm riski mevcuttur.
Tendon onarım ameliyatı riskleri:
1. Bu ameliyat şikayetleri düzeltmeyebilir. Kolu kullanmakta zorlanma ve zayıflık ortaya çıkabilir.
2. Kol kaslarında felç ve kolda hissizlik oluşabilir.
3. Omuz ekleminde iltihap olabilir antibiyotik veya ileri cerrahi girişim gerektirebilir.
4. Omuzda deformite ve sertlik gelişebilir. Kalıcı olabilir veya cerrahi gerektirebilir.
5. Sinirlerin his bölgesinde uyuşukluk karıncalanma olabilir, bu durum geçici veya kalıcı olabilir.
6. Ameliyat sonrası omuzda şişlik olabilir ve bunu boşaltmak için cerrahi girişim gerekebilir.
7. Ağrı ameliyat sonrası ağrı daha da artabilir ve omuz fonksiyonu daha da bozulabilir.
8. Cerrahi kesi kolun hissini veya rengini değiştirebilir.
9. Bazı kişilerde yara iyileşmesi anormal olabilir ve kalın, kırmızı, ağrılı olabilen nedbe dokusu gelişebilir.
o İşlemin tahmini süresi: ..... *(Hekiminiz durumunuza göre ayrıca bilgilendirme yapacaktır.)*
o Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar :
Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle ÖLÜM TEHLİKESİ ortaya çıkabilir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle ÖLÜM TEHLİKESİ dâhil olmak üzere birçok etki ortaya çıkabilir.
o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar :

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

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.)