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

Tibia (kaval) kemiğinde osteotomi (kemik kesme) yapılarak kemiğin yönü değiştirilmesi, düzeltilmiş vaziyette plak vida ya da diğer benzeri bir takım implantlarla tespit edilmesidir. Kemik kesisi yerine kalça kemiğinden alınan kemik parçası (otogreft), kadavra kaynaklı bir kemik parça (allogreft) veya kemik doku sağlamlığı ve kaynamayı hızlandırıcı sentetik materyaller yerleştirilebilir. Eğer lüzum görülürse ameliyat öncesi diz içine artroskopik olarak yani kapalı yöntemle girilerek olası menisküs yırtığı ve diğer kıkırdak problemlerinin tanı ve tedavisi uygulanabilir.

o İşlemden beklenen faydalar:

Amaç yapılan düzeltici ameliyat ile genç ve aktif hastaların dizilim bozukluğuyla seyreden erken dönem diz kireçlenmesinin tedavisinde total diz protezi uygulamasından kaçınmak veya uygulanma yaşını geciktirmektir.

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Zamanla problemin ilerleyip ağrıların daha da artmasına, eklem ve civarında yaygın kireçlenme gelişmesine (halen oluşmuşsa ilerlemesine) ve bunun sonucunda eklem hareketlerinin ciddi derecede kısıtlanmasına neden olur.

o Varsa işlemin alternatifler:

Cihaz ile koruma (Breys), yaşam alışkınlıklarında (aktivitelerde) değişiklik, artrodez (eklemin oynamaz hale getirilmesi (dondurulması), protez uygulamaları, tam protez uygulamaları ve fizik tedavi, egzersiz yapılabilecek alternetifler arasındadır.

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

●Cerrahi işlem sırasında kanama olmaması için uyluğa sarılan turnikenin sıkmasına bağlı, uygulanan bölgedeki kas ve sinirlerin baskısı sonucunda uyuşukluk ve kuvvet kayıpları olabilir. Bu durum kalıcı ya da geçici olabilir.

●Turnikenin uygulandığı bölgedeki ciltte hasarlar, cilt ölümleri (nekroz) gelişebilir. Bunlar pansuman tedavisi, ilave ameliyatlar ve deri greftlemesi (nakli) gerektirebilir.

●Ameliyat sırasında kemik ve kıkırdakta hasar gelişebilir ve bunlara bağlı eklem sertlikleri, şekil bozuklukları ve ağrılar gelişebilir. Bu durum ilave ameliyatları gerekli kılabilir.

●Ameliyat sırasında damar ve sinirlerde hasar gelişebilir ve bunlara bağlı duyu ve hareket kusurları ve ağrılar gelişebilir. Bu durum ilave ameliyatları gerekli kılabilir.

●Greftin, sentetik materyalin ve konan metal tespit materyallerinin yerinden oynaması, kırılması söz konusu olabilir. Bu durum ilave ameliyatları gerekli kılabilir.

●Diz enfeksiyonları gelişebilir ki; bu, konulan implantın ameliyatla yıkanmasını ya da tamamen çıkarılmasını gerektirebilir ve hareket kaybı ile sonuçlanan eklem sertliklerine yol açabilir.

●Kemik kesisi yapılan yerde gecikmiş kaynama, kaynamama veya yanlış kaynama gerçekleşebilir.

●Yapılan ameliyata rağmen dizinizde ameliyattan önceki bulgularınız devam edebilir.

●Eklem sertliği (hareket kısıtlılığı) gelişebilir ve bu durum kalıcı ya da geçici olabilir.

●Ağrının daha da artmasıyla sonuçlanan ve cerrahi işleme anormal bir ağrı cevabı gelişebilir.

●Ameliyat yarasına bağlı bölgesel duyu ve renk değişikleri görülebilir.

●Bazı hastalarda, yara iyileşmesi anormal olabilir ve iyileşme dokusu (scar-nedbe) kalın ve kırmızımsı-morumsu olabilir.

●Şişman (obez) hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp akciğer komplikasyonu ve tromboz komplikasyonu ihtimali daha fazladır.

●Sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp akciğer komplikasyonu ve tromboz (damar içi kan pıhtılaşması) komplikasyonu ihtimali daha fazladır.
o İşlemin tahmini süresi: 1 saat *(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.
yileşme osteotominin türüne, spesifik cerrahi tekniğe, kemik hasarınızın miktarına ve ciddiyetine, gücünüze ve motivasyonunuza bağlıdır. Kemiğinizin iyileşmesi zaman alır. Ameliyatınızın yapıldığı yerde ağrı hissedebilirsiniz. Kemik ve eklem hareketini sınırlamak, ağırlığı ameliyat edilen kemikten uzak tutmak ve kemiklerinizin doğru pozisyonda iyileşmesini sağlamak için alçı, atel veya koltuk değneklerine ihtiyacınız olabilir. Genellikle alçıyı veya ateli takarsınız veya uzun bir süre koltuk değneği kullanırsınız. Alçı kullansanız bile doktorunuz fizik tedavi önerebilir. İyileşme sürecine şu şekilde yardımcı olabilirsiniz:
• Sigara içmemek. Nikotin iyileşme sürecini yavaşlatır ve kemiklerinizin doğru şekilde kaynamasını engelleyebilir.
• Akdeniz diyeti gibi sağlıklı, çoğunlukla bitki bazlı bir diyet yemek.
• Doktorunuzun talimatlarını takip edin.
• Sağlıklı kiloya ulaşın veya kilonuzu koruyun.

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.)