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
Tetik parmak doğuştan ya da sonradan olabilir. Sonradan olanı orta ve yüzük parmaklarında sık görülür. Daha çok 30-60 yaş arası kadınlarda sıktır. Hareket esnasında parmak aniden bükülü pozisyonda kilitlenir. Açmaya zorlanırsa bir tıklama sesi ile birlikte açılır. Sıklıkla avuç içinde parmağın tarak kemiği ile birleştiği eklem seviyesinde ağrılı bir şişlik hissedilir. Tetik parmak, romatoid artrit, gut ve diğer metabolik bozukluklarda da görülür. Doğuştan olanı başparmakta daha çok görülür.
o İşlemden beklenen faydalar:
Erken olgularda antiinflamatuar ilaçlar verilir. Fizik tedavi ajanlarından faydalanılır.Ancak hareketlerde takılma olan durumlarda sıkışmaya neden olan kılıf kesilerek tendon serbestleştirilir. Bu işlem genellikle lokal anestezi ile yani sadece o bölge uyuşturularak yapılır.
Bu operasyon ile planlanılan, parmağınızdaki takılma hissi ve meydana gelen ağrı şikayetinin önüne geçilmesidir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Tedavi edilmediği takdirde mevcut patoloji ilerleyebilir ve ilgilendirdiği tendonda kalıcı hasara ve parmak fonksiyon kaybına yol açabilir.
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:
1. Ameliyat esnasında parmak damar ve sinirlerinde yaralanma olabilir. Bu durum parmağın kaybedilmesiyle sonuçlanabilir. 2. Tendon yaralanması olabilir. Parmağın sakat kalması ile sonuçlanabilir.
3. Kesi yerinde aşırı nedbe dokusu oluşabilir. Ağrı yapabilir.
4. Ameliyat sonrası ağrı olabilir.
5. Ameliyat sonrası nadirde olsa parmaktaki takılma tekrarlayabilir.
o İşlemin tahmini süresi: 30 dakika *(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 ilk iki günü ödem oluşumunu önlemek için yatar ve oturur durumda iken el bileği yastıkla desteklenerek kalp seviyesinden yüksekte tutulmalıdır.
Ameliyatlı olan el iki hafta süresince travmalardan korunmalıdır. Bu nedenle bu sürede ameliyatlı el ile bir iş yapılmamalıdır. 2 hafta sonrasında normal el hareketlerine dönülebilir.
Dikişler genellikle iki hafta sonra hekim tarafından alınır. Bu süre zarfında dikişler su ile temastan korunmalıdır.
Ameliyattan hemen sonra hekim/ hemşireniz tarafından öğretilen egzersizler dikişler alınıncaya kadar önerildiği süre ve sayıda 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.)