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: Hastalığınız orta kulak bölgesini kapsamakta olup hem kulak zarınızın delik olması, hem de zaman zaman tekrarlayan akıntılar nedeniyle sizin için bir tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hastalık işitmenizde de önemli bozulmalara neden olmuş bulunmaktadır. Bu hastalığınızın bu safhada ilaçla kalıcı olarak iyi olması olası değildir.

Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir.

Bu arada işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile) ; gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile) ; gerekse de allogreft (satın alma yolu ile temin edilmiş suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir.

1. **.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI:** Opr. Dr. .....
2. **.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:** Hastalığınız orta kulak bölgesini kapsamakta olup hem kulak zarınızın delik olması, hem de zaman zaman tekrarlayan akıntılar nedeniyle sizin için bir tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hastalık işitmenizde de önemli bozulmalara neden olmuş bulunmaktadır. Bu hastalığınızın bu safhada ilaçla kalıcı olarak iyi olması olası değildir.

Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir.

Bu arada işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile) ; gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile) ; gerekse de allogreft (satın alma yolu ile temin edilmiş suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir.

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. Doktorunuzla son görüşmenizden bu yana kulağınızda akıntı başlamışsa ameliyattan en az 1 gün önce doktorunuza haber 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. Sonra aşırı ve ani yüklenmemek kaydıyla ve sıvı gıdaları tercih ederek beslenebilirsiniz. Ameliyattan sonra bir süre baş dönmeniz olabilir. Eğer aşırı baş dönmesi ve kusmalar olursa doktorunuza haber yollayınız. Benzer şekilde, yüzünüzün mimik kaslarında hareket kusuru olduğu takdirde de doktorunuza haber veriniz. Ameliyattan sonra sümkürme, ıkınma, balon şişirme gibi basınç arttırıcı hareketlerden 1 ay süre ile kaçınınız

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Önerilen bu müdahale yapılmadığı takdirde hastalığınızın kalıcı düzelmesi mümkün olamayacağı gibi, hastalığın yaratabileceği bazı riskler de bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları Menenjit, Beyin abseleri, Sinüs tromboflebiti (kafa için toplardamarların iltihabı,) Yüz felci, Denge sorunları, İşitmenin tam kaybı, kulaktaki iltihabın orta kulaktan kafa içine ya da kafatası dışına yayılması gibi çoğu çok ciddi ya da hayati önemde olasılıklardır.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Size uygulanacak işlemin başka bir alternatifi yoktur

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Sık görülebilen yan etkiler:

- Kalıcı ve geçici kulak çınlaması (tinnitus) veya baş dönmesi olabilir.

Nadir görülebilen yan etkiler:

- İşitmenin düzelmemesi. Operasyon sırasında kulak zarındaki defektin başarılı tamirine rağmen işitmede düzelme olmayabilir
- Tad duyusu değişiklikleri olabilir
- Kulak içinde ve yara yerinde kanama ve enfeksiyon oluşabilir.
- Kulak zarının tamirinde başarısızlık olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir.
- Kulak kepçesi etrafında geçici veya kalıcı his kaybı olabilir

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Yüz siniri felci. (nadiren yüz kaslarının geçici veya kalıcı felci oluşabilir.)
- Kafa içi komplikasyonlar . (beyni saran zar ve beyin etrafındaki damarlar zedelenebilir, enfeksiyon ve kanama gelişebilir.)
- Nadiren kısmi veya total işitme kaybı gelişebilir
- Kesi yerinde anormal skar dokusu

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 1-1,5 saattir.

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)