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
Planlanan girişim ile cilt, ciltaltı, kas, bağ ve kirişlerin bütünlüğünün sağlanması ve bu dokuların fonksiyonunu sürdürmek hedeflenmektedir. Açık yaralanmalarda; kötü-kirli dokular ve yabancı cisimler uzaklaştırılır, yara temizlenir ve uygunsa kapatılarak infeksiyon ihtimali en aza indirilmeye çalışılır.
o İşlemden beklenen faydalar:
İşlemden sonra, cilt veya cilt altında yer alan kitlenin ortadan kalkması veya o bölgede kızarıklık, şişlik ve akıntı gibi enfeksiyon bulgularına neden olan patolojinin gerilemesi ya da açık yaranın iyileşmesinde hızlanma ile eskiden daha belirgin olan izlerin daha kabul edilebilir düzeye gerilemesi beklenmektedir. Ayrıca çıkartılan kitlenin patolojik incelenmesi sonucu kesin tanı konması da sağlanmaktadır.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu durumda ya diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilirsiniz ya da hastanızın şikayetleri değişmeden devam edecektir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Alternatif tedavi yöntemi ameliyat olmamaktır. Birçok küçük müdahale gereken durumda ameliyat dışı yöntemler daha az faydalı olmakla birlikte tamamen gözardı edilemez.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
a. Kanama: Her ne kadar cerrahi sırasında ya da sonrasında kanama ile karşılaşılması beklenmeyen bir durum olsa da, kanama ihtimal dahilindedir. Eğer ameliyat sonrası dönemde kanama olursa toplanmış olan kanın (hematom) acil olarak boşaltılması gerekebilir.
b. Enfeksiyon: Ameliyat sonrası beklenmeyen bir durumdur. Eğer enfeksiyon olursa antibiyotik kullanmayı gerektiren ek tedaviler yada ek cerrahi işlemler gerekli olabilir.
c. Yara izi: Tüm cerrahi işlemler arkalarında iz bırakırlar ve bu izlerden bazıları diğerlerinden daha fazla görünür. Her ne kadar cerrahi işlem sonrası iyi yara iyileşmesi beklense de hem deride hem de deri altı dokularda anormal izler oluşabilir. Yara izleri kötü görünebilir ve çevre dokulardan daha farklı renklerde olabilirler. Yarayı kapatmakta kullanılan dikişler ve/veya tel zımba (stapler) fark edilebilen izler bırakabilirler. Yara izleri hareketi ve/veya fonksiyonu kısıtlayabilir. Anormal yara izlerini tedavi etmek için cerrahi de içeren ek tedaviler gerekebilir.
d. Derindeki dokuların hasar görme olasılığı: Cerrahi işlem sırasında derinde yer alan sinir, kan damarı, kaslar zarar görebilir. Bu olasılığın ortaya çıkması cerrahinin vücudun hangi bölgesinde yapıldığı ile ilgilidir. Derindeki dokulara verilen hasar kalıcı ya da geçici olabilir.
e. Yara ayrışması: Yaranın iyileşmesi tamamlanana kadar işleminin yapıldığı alanda cerrahi yara ayrışabilir. Yara ayrışması kötü cerrahi sonuca neden olur. Eğer bu gerçekleşirse ek tedaviler gerekebilir.
f. Alerjik reaksiyonlar: Nadirde olsa bantlara, dikiş malzemelerine ya da yaraya uygulanan topikal (yaraya sürülen, yapıştırılan vs) maddelere karşı lokal alerjik reaksiyonlar bildirilmiştir. Cerrahi sırasında kullanılan ilaçlara ya da reçete edilen ilaçlara karşı gelişebilen sistemik reaksiyonlar çok daha ciddidir. Alerjik reaksiyonlar ek tedavi gerektirebilir.
g. İstenen sonucun alınamaması: Yapılan cerrahi ile amaç tam gerçekleşmiş olmayabilir, yani alınan kitleden bir parçanın kalmış olduğu patoloji raporunda ortaya çıkabilir veya alınması gereken dokulardan bir miktar kalmış olduğu sonraki klinik gözlemlerde fark edilebilir. Cerrahi sonrasında, gözle fark edilebilen deformiteler (şekil ve görüntü bozukluğu), fonksiyon kaybı, yara ayrışması, deri ölümü, duyu kaybı

oluşabilir. Cerrahinin sonuçları hayal kırıklığı yaratabilir. Ek cerrahi işlemler gerekebilir.
o İşlemin tahmini süresi: 15-60 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 :
Bu operasyon lokal veya genel anestezi altında ameliyathanede gerçekleştirilecektir. İşlem genellikle uygulama yapılacak bölgenin temizliği ve bu bölgenin uyuşturulması ile başlar. Lezyon çıkarılır ve yara dudakları tazelenerek o bölge değişik dikiş ve tedavi yöntemleri ile onarıldıktan sonra, pansuman uygulanır. Bu pansuman çoğu zaman kapatılarak yapılmakla birlikte bazı durumlarda pansumanın açık tutulması gerekebilir. Biyopsi amacıyla çıkarılmış dokular mutlaka patoloji laboratuvarına yollanır ve bunların sonuçları alındıktan sonra tanı kesinleşir.
Genel anestezi ile ameliyat planlanmış ise 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.
Pansuman ve dikişlerin alınma zamanı ile ilgili doktorunuzun verdiği direktiflere uyunuz.

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.)