Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bu rıza belgesi size /hastanıza anlatılan işlemin "nasıl", "neden" gerçekleştirilmek istendiğinin, bu işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği, işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği, bu işlemin alternatifinin olup olmadığı konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içersinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp, imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: OP.DR:.....

2. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: :

Ameliyatın yöntemi boyunda brankial kist çevresindeki damar sinir gibi önemli anatomik yapılardan dikkatlice ayrılarak çıkarılır Ameliyatın başarı oranı : %60-70 arasındadır

3..İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Tedavi olmazsanız: Tedavisi cerrahidir, kendiliğinden iyileşme olmaz. Kist sebat eder ve aralıklarla iltihaplanabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Cerrahiden başka alternatifi yoktur.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

5.1 Ameliyatın Riskleri

5.1.1 N. Hipoglosus siniri (Dili hareket ettiren sinir) operasyon sırasında zarar görebilir.Bu durumda dilin aynı tarafında güçsüzlük ile sonuçlanabilir.(tiroglossal duktus kisti eksizyonu sırasında)

5.1.2 Boyunda tekrar şişlik ortaya çıkabilir.

5.1.3 Anormal yara izi oluşumu. İlerde cerrahi gerektirecek kalınlaşmış,geniş kırmızı yara izi oluşabilir

5.1.4 Brankiyal yarık kisti cerrahi eksizyonu sırasında yakın komşuluktan dolayı bazı sinirler ve damarlar zarar görebilir ve bunlara ait belirtiler ortaya çıkabilir.

5.2 Genel riskler ve komplikasyonlar

5.2.1 Kanama:Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir.Solunum sıkıntısı yaratabilecek olan yara yerinde kan pıhtısı (hematom) oluşumu ile sonuçlanabilir.

5.2.2 Yara yeri enfeksiyonu ve bu durumda şişlik ve ağrı olur. Antibiyotik ve gerekirse küçük bir cerrahi işlem olan drenaj uygulanabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

Acil durumda ve mesai saatleri dışında hastanemiz acil servisine, acil durumda mesai saatlerinde ve acil olmayan durumlarda ise Çocuk cerrahisi polikliniğine müracaat edilebilir.

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 :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

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)