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
Eklemin hareketsizleştirilmesi (artrodez) ameliyatı çeşitli nedenlerle harabiyet gelişen eklemin bozuk yüzeylerinin tıraşlanması, eklem yüzeyleri arasına ilave kemik doku konulması ve eklemin implantlar yardımıyla kaynatılarak hareketsiz hale getirilmesidir.
o İşlemden beklenen faydalar:
Eklemin hareketsizleştirilmesi (artrodez), eklemin cerrahi girişimle kaynaştırılmasıdır ve tek yanlı eklem artrozlarında uygulanır. Artrodez uygulanan eklem devre dışı kaldığından ağrı bütünüyle ortadan kalkar. Hasta sağlam eklemini kullanarak rahatça iş hayatını sürdürebilir. Ama bu tedavi sonucunda oturma, araba kullanma ya da bisiklete binme gibi günlük aktiviteler güçleşir. Önerilen tedavi ile %77 ile %100 arasında değişen başarı oranları verilmektedir. Eklemin uygun olmayan pozisyonda sabitlenmesi çok nadir şikayete yol açmaz; dolayısı ile düzeltilmesi gerekir. Kaynamama ihtimali %0 ile %10 arasındadır ve eğer ağrısız ise kabul edilebilir. Amaç ağrısız ve hareketsiz bir eklem elde etmektir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Tedavi yöntemi ileri evreler için bir kurtarma işlemidir. Tedavi reddedildiğinde ağrının devam etmesi ve hareket güçlüğü beklenmelidir. Alternatif tedavi yöntemlerinde eklem hareketinin korunabilmesi avantaj gibi görünse de eklem sabitliğinin bahsedilen yöntemdeki kadar iyi sağlanamama ve ağrıda beklenen düzelmenin olmaması ihtimali vardır.
o Varsa işlemin alternatifler:
Eğer eklem kıkırdağının yarısından fazlası sağlamsa sadece tıraşlama denenebilir. (Eklemin durumu en net ameliyatta gözlemlenebilir) Bunun haricindeki seçenek; eklemin her iki tarafındaki kıkırdak ve kıkırdak altı kemik dokuların temizlenip araya protez konulmasıdır. Fakat bu tedavi her eklem ve hastada mümkün değildir.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
eklemin uygun olmayan pozisyonda sabitlenmesi, enfeksiyon, eklem arasına konulan kemik dokunun kaynamaması (sigara içilmesi kaynamama riskini arttırır) ve komşu eklemlerde kireçlenmedir.
1. Turnikeye bağlı kompartman sendromu denilen bacak ve ayak için tehlike oluşturan bir durum ile karşılaşabiliriz. Çok nadir olur.
2. Dondurularak kemiklerde osteomyelit denen tedavisi uzun ve zor olan sakatlık bırakabilen durum olabilir.
3. Dondurulması planlanan eklemde kaynama olmayabilir.
4. İşlem yapılan eklemde dolaşım bozukluğu olabilir, eklem bölgesinin kaybıyla sonuçlanabilir.
5. Yağ embolisi denen akciğerlere pıhtı atması olabilir. Hayatı tehdit eden bir durumdur. Çok nadir görülür.
o İşlemin tahmini süresi: 1-2 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.

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.)