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: Yaşamanız için temel ihtiyaç olan hava ve oksijen alabilmeniz için, gırtlağınızdaki veya çevre yapılardaki tıkanıklığı aşmak / size solunum desteği verebilmek / akciğerlerinizi ve alt havayollarınızı temizleyebilmek amacı ile bu girişimin yapılması mutlaka gerekmektedir. Bazen çok acil olarak hemen (yapılabilecek her yerde,) bazen de planlı olarak uygun koşullarda ameliyathanede uygulanabilir. Bu girişim hastalığınızın kesin teşhisi ve/veya tedavisi amacı ile değil, sadece mutlak ihtiyacınız olan havayı size sağlamak için yapılmaktadır.

Hayatınızın devamlılığı sağlandıktan sonra temel hastalığınıza yönelik diğer tetkik ve tedaviler daha sonra size bahsedilecektir. Ameliyat mümkünse genel anestezi altında (anestezi verilerek,) değilse lokal anestezi (ilgili alanların iğne ile uyuşturulması) ile yapılacaktır.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr. .....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Yaşamanız için temel ihtiyaç olan hava ve oksijen alabilmeniz için, gırtlağınızdaki veya çevre yapılardaki tıkanıklığı aşmak / size solunum desteği verebilmek / akciğerlerinizi ve alt havayollarınızı temizleyebilmek amacı ile bu girişimin yapılması mutlaka gerekmektedir. Bazen çok acil olarak hemen (yapılabilecek her yerde,) bazen de planlı olarak uygun koşullarda ameliyathanede uygulanabilir. Bu girişim hastalığınızın kesin teşhisi ve/veya tedavisi amacı ile değil, sadece mutlak ihtiyacınız olan havayı size sağlamak için yapılmaktadır.

Hayatınızın devamlılığı sağlandıktan sonra temel hastalığınıza yönelik diğer tetkik ve tedaviler daha sonra size bahsedilecektir. Ameliyat mümkünse genel anestezi altında (anestezi verilerek,) değilse lokal anestezi (ilgili alanların iğne ile uyuşturulması) ile yapılacaktır. İşlemden sonra boynunuzun orta kısmında bir delik ve buraya takılmış olan bir plastik veya metal (gümüş) kanül (ortası hava almak için delik olan bir boru) takılacaktır. Sonradan yapılacak tetkik ve tedavi sonuçlarına göre bu delik kalıcı veya geçici olabilir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Bu girişimi kabul etmemeniz durumunda yaşam için temel ihtiyaç olan havayı alamadığınız için belli bir süre sonra (birçok faktöre bağlı olarak) hayatınızı kaybedersiniz. Bu durumda sizi tekrar yaşatmak için yapılacak olan çabalar da sonuç vermeyebilir. Yine girişimin gecikmesi durumunda vücudunuzun çeşitli organlarında (başta beyin olmak üzere) geri dönülmez kalıcı hasarlar gelişebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Yapılacak bu ameliyatın bazı durumlarda ne yazık ki hiçbir alternatifi yoktur. Uygun durumlarda bu ameliyat yerine birkaç günlüğüne ağız veya burundan yerleştirilen bir hortum ile aynı amaca ulaşılabilir. Ancak bu boruya da ihtiyacın uzaması durumunda (genellikle 1 haftadan daha uzun süre) yine bu ameliyat için başka alternatif kalmamaktadır.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Anestezi: Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi doktorunuz ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Sık Görülebilen Yan Etkiler:

Solunum sorunları-nefes darlığı, kanama, boyunda nedbe oluşması,

Nadir Görülebilen Yan Etkiler:

Solunum ve kalp durması, boyun ciltaltı dokusuna hava kaçması, yara iyileşmesinde sorunlar ve yara iltihabı, akciğer iltihabı, boynunuza konulmuş olan kanülün tıkanması, yerinden çıkması, akciğer hasarı ve akciğerlerin hava ile dolması (pnömotoraks) ve ses teli sinirinin zedelenmesi

Çok Nadir Görülebilen Yan Etkiler:

Yutma zorluğu, tüm cerrahi girişimlerde görülebilen damar içinde kan pıhtılaşması/taşınması (tromboz/emboli,) yara iltihabı veya kalp-dolaşım sistemi reaksiyonları gibi genel tehlikeler, koldaki veya bacaktaki bir toplardamara serum takılması gibi her ameliyatta gerekli olan basit işlemler de bile çok ender de olsa gelişebilen sorunlar (damar iltihabı gibi,) yemek borusu zedelenmesi, gırtlak ve nefes borusunda darlık oluşumu, şuur kaybı, solunum aletine bağımlılık, ölüm.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Operasyonun tahmini süresi 1 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)