Hastanın Adı, Soyadı: Randevu Tarih ve Saati:
Doğum Tarihi: Dosya no:
Cinsiyeti:

1.İŞLEM:.....tarafından yapılacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda Spontan Pnömotoraks adı verilen, akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasına hava birikimi tespit ettik. Spontan pnömotoraks, kronik bronşit, amfizem, tüberküloz, akciğerin kötü huylu tümörleri, akciğere metastaz yapmış tümörler ve mikrobik hastalıklara bağlı gelişebileceği gibi, çoğu zaman altta herhangi bir hastalık zemini olmadan da ortaya çıkabilir (primer spontan pnömotoraks). Nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı gibi şikâyetler ile kendini gösterir. Başlangıç tedavisi akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasına biriken havanın, buraya yerleştirilecek bir dren aracılığı ile boşaltılması ve akciğer dokusundan olan hava kaçağının bu dren aracılığıyla devamlı drenajının sağlanmasıdır (Tüp Torakostomi).

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Uzamış hava kaçağı, iki taraflı pnömotoraks, akciğer genişlemesinin istenen ölçüde sağlanamaması, daha önce pnömotoraks geçirmiş olmak, riskli meslek grubunda çalışmak gibi nedenlerle tedavinin cerrahi olarak yapılması gerekir.

4.VARSAİŞLEMİN ALTERNATİFİ:

Hastalar herhangi bir işlem yapılmadan gözlenebilir ancak pnömotoraksın nüks etmesi durumunda ciddi nefes darlığı ve hayati risk oluşabilir. Göğüs boşluğuna havayı boşaltacak tüp konup uzun süre tutulabilir ancak bunun da iltihaplanma oluşturma riski yüksek olur. Plöredezis denilen akciğer zarı ile göğüs duvarı iç zarının birbirine apışması amaçlanan işlem uygulanabilir ancak bu yöntemin başarısı %60-80 kadardır.

5.İŞLEMİN RİSK VE KOMPLİKASYONLARI:

Bazıları aşağıda açıklanmış olan cerrahiye bağlı istenmeyen çeşitli durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar ender de olsa yeniden ameliyata alınmayı gerektiren veya gerektirmeyen uzamış hava kaçakları, kanama, iltihap gibi durumlardır. Bu durumlardan birinin görülme olasılığı %10 civarındadır.

Kanama: Belli bir miktara kadar olan ve klinik olarak önemsiz kabul edilen kanamalar dışında ender de olsa ciddi ve acil ameliyat gerektiren kanamalar görülebilmektedir.

Uzamış hava kaçağı: Belli bir süre akciğerden, akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasına hava geçmesi ve havanın bu bölgeye yerleştirmiş olduğumuz dren aracılığıyla çıkması beklenen bir durumdur ve normaldir. Ancak bu sürenin 5-7 günü geçmesi uzamış hava kaçağı olarak adlandırılan ve hava kaçağı olan yeri tamir etmek için yeniden ameliyata alınmayı da gerektirebilecek, istenmeyen bir durumdur.

Atelektazi: Ameliyat sonrasında yeterli solunum ekzersizi yapmama, öksürüp balgam çıkarmama, hareketsizlik, iltihap, yakın zamana kadar sigara içme, KOAH hastalığının bulunması gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve atelektazi denen, akciğerin bir kısmı veya tamamının sönmesi durumudur. Bu durum ilk etapta bir takım ilaçlar, solunum fizyoterapisi ve burundan girilen bir sonda aracılığıyla balgamın emilmesi (nazotrakeal aspirasyon) ile aşılmaya çalışılacak olsa da, biriken ve yoğunlaşmaya yüz tutmuş balgamı çıkarmak amacıyla bronkoskopi denen bir işlem yapılabilir. Bu işlem; lokal anestezi ile FOB (Fiberoptik bronkoskopi) ile veya genel anestezi altında bir boru aracılığıyla, tıkalı olan bronşa girilerek vakum etkili bir alet ile balgamın emilerek çıkarılmasından ibarettir.

Kalp krizi: Özellikle 40 yaş üstü hastalarda ameliyat öncesi tetkiklerde saptanamasa bile ameliyatlar sırasında veya sonrasında kalp krizi ortaya çıkabilir. Bu durum sorunsuz tedavi edilebileceği gibi ölümle de sonuçlanabilecek oldukça ciddi sorunları yanında getirebilir.

Girişim süreci: Operasyon genel anestezi altında yapılacağından anesteziye ilişkin bilgi ve olası riskler ilgili uzman tarafından size ayrıntılı olarak anlatılacak ve ayrı bir onam formu imzalatılacaktır. Girişim şekli cerrahın uygun gördüğü yol ile olacak ve pnömotoraksın ve klinik durumunuzun özelliklerine göre değiştirilebilecektir.

Bu amaçla VATS, aksiler torakotomi veya lateral torakotomi tercih edilebilir. Ancak VATS ile başlanılan ameliyat, teknik uygunsuzluk ve işlem sırasındaki istenmeyen durumlar nedeniyle, Torakotomi ile de yapılabilir. ‘VATS’ dediğimiz ameliyat; göğüs duvarının yan kısmından açılan 2 veya daha fazla delikten kamera ve diğer tıbbi cihazların sokularak yapıldığı kapalı bir ameliyattır. Aksiller Torakotomi koltuk altı kıl çizgisi üzerinde yaklaşık 8 cm kesi ile, lateral torakotomi

ise göğüs yan tarafından kaburgalar arası mesafeden yapılan kesi ile uygulanan bir ameliyatlardır. Ameliyatta, göğüs boşluğuna girildikten sonra pnömotoraksa neden olan bül/blepli alana/alanlara ulaşılacak, etraftan bir miktar sağlam dokuyu da içeren kama şeklinde kesi ile (wedge rezeksiyon) kısmi bir rezeksiyon yapılacaktır. Bu işlem klasik olarak el ile yapılabileceği gibi stapler denilen akciğer dokusunu kesme ve dikme işine yarayan bir alet kullanılabilir. Ardından işlemin etkili olduğunun değerlendirilmesi için hava kaçağı kontrolü yapılacaktır. Daha sonra pnömotoraksın tekrarlama olasılığının azaltılması için, plevra denilen göğüs duvarı iç zarına işlem yapılacaktır. Bu işlem için çeşitli seçenekler mevcuttur. Abrazyon (yüzeyel enflamasyon oluşturmak için yapılan işlem), kısmi plevra çıkarılması (plerektomi), diatermi kullanımı (ısı ile plevral enflamasyon oluşturma) bunlardan bazılarıdır. Bu işlemlerin amacı, akciğerin üzerini saran visceral plevra denilen zar ile, göğüs duvarı iç zarını saran parietal plevra denilen zar arasında, kısmi yapışıklık sağlamaktır. Bu sayede ilerleyen hayatınızda pnömotoraks gelişimi riski en aza indirilmek amaçlanmaktadır. Daha sonra akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasında 1 ya da 2 adet dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırılacaktır. Planlanan işlem sırasında, beklenmeyen veya istenmeyen bazı durumlarla karşılaşabilir. Böyle bir durumda, sizin sağlığınız için en uygunu olması şartıyla ek girişimler yapılabilir.

KOAH, Büllöz akciğer hastalığı, geçirilmiş hastalıklara bağlı sekel oluşmuş olan akciğere sahip olma gibi akciğer parenkim dokusunun hasarlı (sekonder pnömotoraks) olduğu kişilerde gelişmiş pnömotoraksa yönelik yapılan ameliyatlarda, yukarda anlatılan işlemlere ek olarak bazı prosedürler gerekli olabilir. Bunlar akciğerin bir kısmın alınması, volüm küçültme işlemleri, diafragma altına hava verilmesi, göğüs duvarı iç zarının tente haline getirilmesi gibi işlemlerdir. Bu tür hastaların ameliyatları, altta yatan akciğer rahatsızlığı bulunmayan hastalara (primer pnömotoraks) oranla daha zor ve komplikedir.

İşlemden sonra: İşlemden sonra durumunuza göre servis ya da yoğun bakıma alınacaksınız. Burada muayeneniz yapılacak ve bir süre sonra kontrol filminiz çektirilecektir. Bir süre (ortalama 6 saat) size ağızdan yemek verilmeyecek, damar yoluyla beslenecekseniz. Bir süre geçtikten sonra sizden yürümek, derin nefes alıp vermek, öksürmek, solunum egzersizi için çeşitli aletleri kullanmak dâhil çeşitli etkinliklerde bulunmanız istenebilir. Yattığınız süre içerisinde damar içi, kas içi, cilt altı, ağız veya solunum yoluyla size çeşitli ilaçlar verilecektir. Verilecek ilaçlar ile ilgili olarak ayrıca bilgilendirileceksiniz. Tüm bu tedbirler daha kısa sürede iyileşmenizi sağlamak ve istenmeyen durumların ortaya çıkmasını önlemek amacını taşımaktadır. Hastanede kalış süreniz ortalama 3-7 gün olsa da bu süre iyileşme, istenmeyen durum görülmesi gibi durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Taburculuk sonrasında bazı ilaçlara devam etmeniz istenecektir. İlaçları ne süreyle ve nasıl kullanacağınız ve poliklinik kontrolüne ne zaman geleceğiniz doktorunuz tarafından size ayrıntılı olarak anlatılacak, unutmamanız için epikrizinize işlenecektir. Dikişlerinizin alınma süresi yaranızın durumuna göre ameliyat sonrası 7-10 gündür.

Tüp ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular: Tüp mutlaka düz durmalıdır, suyu asla boşaltılmamalıdır. Tüpün yattığınız sürece yerde olması ve vücut seviyesinin üstüne çıkmaması, ayakta iken de bel seviyesinin üstüne çıkarmadan gezmeniz gerekmektedir. Dren, şişesinin, göğüs tüpü ile bağlantı yaptığı seviyede bulunan bir kapak mevcuttur. Bu kapağı kesinlikle açmayınız. Kırılacak veya herhangi bir sebeple çıkacak olursa acilen bize veya hemşire gibi herhangi bir sağlık personeline söyleyiniz. Tüpün kesinlikle kırılmaması veya herhangi bir şekilde zarar görmemesi gerekmektedir.

Böyle bir şey olması durumunda bize veya hemşirenize durumunuzu acilen bildiriniz. Yine beklenmedik bir anda göğüs ağrısı, ilerleyici nefes darlığı otaya çıkması, tüpte mevcut olan hava kaçağının aniden kesilmesi durumlarında da doktorunuza veya hemşirenize haber veriniz.

Tüpü mikroplu, kirli yerlerden uzak tutunuz. Doktorunuz önerdiği sürece geziniz, aralıklı olarak derin nefes alıp veriniz. Bu sizin iyileşme sürecinizi hızlandıracaktır. Sizden balon şişirmek veya tıbbi cihazlarla aralıklı olarak solunum egzersizi yapmanız istenebilir.

Size önerilen sıklıkta bu egzersizleri yapmanız faydanıza olacaktır.

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

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 :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
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)