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
Yerinden oynamış bir kırığın ya da çıkmış bir eklemin normal anatomik yerine oturtulması işlemidir.
o İşlemden beklenen faydalar:
1. Kemik ya da eklemin eski fonksiyonlarını tekrar kazanabilmesi
2. Ağrıyı azaltmak
3. Kırık ya da çıkık bölgesinden geçen damar ya da sinirlerin hasar görmesini önlemek
4. Kırık kemiğin sivri ucunun cildi delmesini önlemek
5. Kırığın altındaki bölgenin kan dolaşımını düzeltmek

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
1. Damar ya da sinir yaralanmasına bağlı hasta kırık ya da çıkık olan uzvunu kaybedebilir.
2. Kırık yanlış ve daha geç kaynar.
3. Eklem çıkığı düzeltilmez ise, eklem hareket yeteneğini kaybeder.
4. Kan dolaşımının bozukluğu kırık ya da çıkıkların yerine hızla oturtulmaması kangrene ve uzvun kaybına yol açabilir.

o Varsa işlemin alternatifler:
Günümüzde kırık ya da çıkığı düzeltmede kapalı redüksiyonun yerini tutacak başka bir yöntem yoktur.Bazen uzun dönem yatış gerektiren kırık ya da çıkığı askıya alınması yöntemiyle de tedavi yapılabilir.

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
1. Redüksiyon işlemi başarısız olabilir, bu durumda işlemin birkaç kez tekrarlanması ya da hastanın ameliyata alınarak işlemi yapılması gerekebilir.İşlemi yapmak için hastaya genel anestezi verme(tam bayıltma) ihtiyacı olabilir.
2. Düzeltilen çıkık tekrar yerinden oynayabilir.
3. Kırık ya da çıkık bölgesindeki damar ya da sinirler zedelenip felç ya da kangrene yol açabilir.
4. İşleme rağmen kırık düzgün kaynamayabilir.
5. Dolaşıma pıhtı karışıp akciğere pıhtı atabilir.
6. Kırığın kendisinden veya alçı/atele bağlı olacak şekilde uzvun kanlanmasında bozulma ve dokularda ödem gelişebilir.Bu durumun erken fark edilmemesi uzvun kaybedilmesine yol açabilir.
7. Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararın(ız)a olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiğini düşünmektedir.

o İşlemin tahmini süresi: 10-15 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:
Kırık ya da çıkıkların yerine oturtulması sonrasında ilgili uzuv atel ya da alçıya alınabilir, bu durumda atel ya da alçının zamanından önce çıkartılmaması gereklidir.Doktorunuzun size önereceği şekilde kontrollere gelmeniz ve yeterli iyileşmenin gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol ettirmeniz gereklidir. Doktorunuzun size önerdiği ilaçları almanız, yaptığı önerileri(uzvunuzun yukarda tutulması gibi) dikkat etmeniz

gereklidir.Eğer size işlem yapıldıktan sonra yukarıdaki bahsedilen risklerden herhangi birisi gelişecek olursa, hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmanız gerekir. Kırık iyileştirmesini geciktirecek bir hastalığa sahipseniz ya da kan sulandırıcı bir ilaç kullanıyorsanız hekiminizi işlem öncesinde bilgilendirmeniz gerekmektedir.

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.)