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: Boyun kitlelerinin pek çok çeşidi vardır. Sizin boyun kitlenizin ne olduğu cerrahi olarak çıkarılıp, patolojik olarak incelendikten sonra kesin tanısı konulacaktır. Çıkarılan kitlenin patoloji tarafından incelenmesi sonucunda hastalığınızın iyi veya kötü huylu olduğu hakkında kesin bilgi sahibi olunacaktır.

Hastalığın iyi huylu olması durumunda eğer kitle tamamen çıkarılabilirse hastalığın tekrar etme olasılığı düşük olmakla birlikte büyük oranda hem tanı konulmuş, hem tedavi edilmiş olur. Kitlenin kötü huylu olması durumunda hastalığın tedavisi ile ilgili sizinle beraber cerrahi tedavi ve onkolojik tedavi (radyoterapi ve kemoterapi) seçenekleri avantajları ve dezavantajları üzerinde konuşulup tartışılacaktır.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Boyun kitlelerinin pek çok çeşidi vardır. Sizin boyun kitlenizin ne olduğu cerrahi olarak çıkarılıp, patolojik olarak incelendikten sonra kesin tanısı konulacaktır. Çıkarılan kitlenin patoloji tarafından incelenmesi sonucunda hastalığınızın iyi veya kötü huylu olduğu hakkında kesin bilgi sahibi olunacaktır. Hastalığın iyi huylu olması durumunda eğer kitle tamamen çıkarılabilirse hastalığın tekrar etme olasılığı düşük olmakla birlikte büyük oranda hem tanı konulmuş, hem tedavi edilmiş olur. Kitlenin kötü huylu olması durumunda hastalığın tedavisi ile ilgili sizinle beraber cerrahi tedavi ve onkolojik tedavi (radyoterapi ve kemoterapi) seçenekleri avantajları ve dezavantajları üzerinde konuşulup tartışılacaktır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Bu girişimi kabul etmemeniz durumunda başvurduğunuz şikayetle ilgili teşhis mümkün olamayacaktır. Boyunda var olan hastalık ilerleyebilir veya boyunda yeni bir hastalık ortaya çıkabilir. Her iki durumda da hastalığınızın tedavi oranı azalacaktır. Bu hastalığınızın iyi huylu olması durumunda; tedavisi mümkün olmayacak, hastalığınız giderek daha fazla ilerleyebilecek ve bir aşamadan sonra cerrahiyle bile tedavi edilemeyecek hale gelebilecektir. Hastalığınızın kötü huylu olması durumunda ise; yine tedaviyi planlamak için çok önemli olan teşhis konamayacak, hastalık mutlaka ilerleyecektir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Çekilen radyolojik görüntülemeler, laboratuar tetkikleri ve iğne ile parça alma hastalığınız hakkında bir ön fikir elde edilmekle birlikte kesin tanıya ancak bu kitlenin çıkarılıp incelenmesiyle ulaşılabilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Uygulanacak İşlemlerin Genel Riskleri:

- Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
- Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Ameliyatın Riskleri:

- Kanama: Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Solunum sıkıntısı yaratabilecek olan yara yerinde kan pıhtısı(hematom)oluşumu ile sonuçlanabilir
    - Yara yeri enfeksiyonu ve bu durumda şişlik ve ağrı olur. Antibiyotik ve gerekirse küçük bir cerrahi işlem olan drenaj uygulanabilir.
    - N.Hipoglosus siniri operasyon sırasında zarar görebilir. Bu durumda dilin aynı tarafında güçsüzlük ile

sonuçlanabilir.(tiroglossal duktus kisti eksizyonu sırasında)
- Boyunda tekrar şişlik ortaya çıkabilir.
- Anormal skar dokusu oluşumu. İlerde cerrahi gerektirecek kalınlaşmış, geniş kırmızı skarla sonuçlanabilir.
- Brankiyal yarık kisti cerrahi eksizyonu sırasında yakın komşuluktan dolayı bazı sinirler ve damarlar zarar görebilir ve bunlara ait belirtiler ortaya çıkabilir.
- Çevredeki sinirlerin yaralanmasına bağlı olarak omuz düşüklüğü, dilde yutmayı ve konuşmayı bozabilen hareket bozuklukları, his kayıpları ve ağız köşesinde düşüklük meydana gelebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: İşlem ortalama 2-3 saat sürmekle birlikte hastalığın yayılımına ve boyundaki damar-sinirlerin etkilenme durumuna göre çok daha uzun sürebilmektedir.

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)