Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bir tiroid (Guatr) hastalığı nedeniyle size tiroid ameliyatı yapılacaktır. Bu ameliyat ile tiroid bezinizin bir bölümü veya tamamı alınacaktır. Her ameliyat kendine göre riskler taşır. Olacağınız ameliyat esnasında ve sonrasında aşağıdaki risk ve komplikasyonlar ile karşılaşmanız mümkündür. Bu nedenle bu risk ve sakıncaları bilmelisiniz.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI: Cerrahi tedaviden sonra hastanın hastalığının kısa sürede iyileşmesi beklenen tedavi faydasıdır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Bu tedavi uygulanmadığı durumda tiroid bezindeki kitlenin büyümesi/büyümeye devam etmesi kuvvetle muhtemeldir. Kitlenin özelliği malign (kötü huylu) ise büyümesinden tiroid dısına aynı taraf boyun ve veya karsı boyuna, akciğer, karaciğer, beyin gibi hayati organlara da sıçraması söz konusudur. Hastalığın yayılması sonucunda trakeada (soluk borusunda) itilme, yemek borusuna kanser yayılımı, tirodin dısına çıkarak kanserin etraf kaslara ve trakea etrafından ilerleyerek göğüs kafesi içine yayılması bu hastalığın seyrinde görülebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: CA veya MNG (mültinodüler guatr) teşhisi konan hastalarda cerrahi tadavi gerektirir.Toksik olan guatr hastalarında cerrahiden önce ilaç tedavisi uygulanabilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

1. Sık görülebilen yan etkiler:
   - Ameliyat bölgesinden kanama
   - Yara yerinde kan toplanması (hematom)
2. Nadir görülebilen yan etkiler:
   - Geçici kısmi setseli sinirinde hasarlanma (ses kısıklığına neden olabilir)
   - Yara enfeksiyonu
   - Cilt kesisinin kötü iyilesmesi (keloid, skar)
3. .Çok nadir görülebilen yan etkiler:
   - Kalıcı ses teli siniri hasarı (ses kısıklığı)
   - Ses teli felcine bağlı nefes darlığı
   - Paratiroid bezlerinin alınmasına bağlı kalıcı hipokalsemi.
   - Çok nadirende olsa ölümle sonuçlanabilir

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Bu ameliyat 1-3 saat arası sürmektedir**.** Beklenmedik bir durumda ameliyat süresi uzayabilir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri: (Alerji, kanama istidadı, yara iyileşmesinde gecikme, kullanılan ilaçlar vs.) :

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)