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
Tibia, alt bacağın uzun kaval kemiğidir. Ağırlık taşıyan bir kemiktir ve üzerinde yürüyebilmeniz için sabitlenmesi gerekecektir. Cerrahınız, kemiği bir arada tutmanın en iyi yolunun, uygun kemik iyileşmesine izin verecek şekilde kemiği harici bir fiksatörle yerinde tutmak olduğunu düşünüyor. Ayrıca kemiğin deriden çıkmış olabileceği veya kemiğe kir girmiş olabileceği bir yara da vardır. Bu yara böceklerin vücuda girmesine olanak sağlar. Bu enfeksiyona neden olabilir. Yaranın iyice yıkanması ve kirli görünen dokuların (deri vb.) kesilip atılması gerekir. Cerrah memnun ise yara dikişle kapatılabilir. Bu, büyük olasılıkla alçı takmanıza gerek kalmayacağı anlamına gelir, ancak yine de birkaç hafta boyunca bacağınıza herhangi bir ağırlık vermemeniz tavsiye edilir. Cerrahınız sizi ameliyattan bir gün önce veya operasyon günü görecektir. Uyuduğunuzda, cerrah bacağınızı antiseptik solüsyonla temizleyecek ve bölgenin etrafına temiz havlular (perdeler) yerleştirecektir. Kaval kemiği boyunca çok sayıda çivi yerleştirilecek ve daha sonra kemiğin konumu tatmin edici olduğunda bunlar birbirine bağlanacaktır. Cerrah, kemiğin pozisyonunun doğru olduğundan emin olmak için düzenli aralıklarla röntgen çekecektir. Cerrah kırığın röntgen pozisyonundan ve çerçeveden memnunsa yarayla ilgilenilecektir. Yaralar debride edilir (temizlenir) ve iyice yıkanır (sulanır). Bu, yaradaki yabancı kir ve böceklerden olabildiğince kurtulmaya çalışmaktır. Uyandığınızda bacağınız ağrıyacaktır, bu normaldir. Alt bacağınıza bir bandaj uygulanacaktır. Ağrı dayanılmazsa, hemşirenize haber vermelisiniz.
o İşlemden beklenen faydalar:
Kırık kaynamasının sağlanması, yara yeri problemleri ve enfeksiyon riskinin ortadan kalkması.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
• Hareket kısıtlılığı, ağrı, kompartmansendromu
• Damar sinir yaralanması
• Mevcut kırık kapalı kırık ise açık kırığa dönüşümü, açık kırıklarda enfeksiyonriski
• Derin venlerde tıkanma ve buna bağlı akciğerlere pıhtı atması (hayati risk taşır)
o Varsa işlemin alternatifler:
• Açık redüksiyon ve internaltespit
• Açık redüksiyon ve ekstrenaltespit
• Kapalı redüksiyon ve ekstrenal tespit
• İskelet traksiyonu
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
1. Kesi yapılırken kanama
2. Dokularda delinme ya da zedelenme
3. Çevre sinir ve damar yapılarında yaralanma ve buna bağlı geçici veya kalıcı fonksiyon bozuklukları
4. Yağın kana karışması sonrası kan damarlarının tıkanması (yağ embolisi) buna bağlı felç akciğer hasarı veya ölüm
5. Kemikte redüksiyon sırasında kırık oluşması
o İşlemin tahmini süresi: 30-60 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 :

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

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.)