Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih Ve Saati:
Dosya no:

Bu form yapılacak ameliyatla ilgili hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır ve okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları öngörülen cerrahi tedavilerin risk ve komplikasyonlarını açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan son sayfadaki formu imzalamayınız.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI:.....tarafından yapılacaktır.

Genel açıklamalar

Anal atrezi bebeğin anne karnında gelişimi esnasında anüs açıklığının gelişmemesi ya da yerleşim yeri itibariyle olması gerektiği kas kompleksi (sfinkter) içinden geçememesidir. Doğum sonrası dönemde yapılan genel muayenede kolaylıkla fark edilir, yerleşim yeri anomalisi olanlar ise ilerleyen süreç içerinde kronik dışkılama güçlüğü şikayetiyle anneler tarafından hastanelere getirilmektedirler.

2.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Anüs açıklığının var olup olmaması ya da yapılan incelemeler neticesinde gelişmemiş olan barsak kısmının anüs olması gereken yere olan uzaklığına göre yapılacak işlem değişmektedir. Anüs açıklığı olması gereken kas kompleksi içinde değil de daha önde yerleşik olması durumunda ameliyat genellikle tek seanslı olarak sadece makat bölgesinden yapılarak gerçekleştirilmektedir. Eğer anüs açıklığı hiç gelişmemişse o zaman kalın barsağın bir kısmının karına ağızlaştırılması, çocuk uygun yaş ve kiloya geldiğinde ise tamamlayıcı ameliyatın yapılması gerekmektedir. Bu ameliyatlar yapılmadığında ise anüs yokluğunda bebeğin ölümü, yerleşim anomalisi olgularda ise kronik kabızlık kaçınılmazdır.

3.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Ameliyat yapılacak işleme göre değişmektedir. Yerleşim anomalisi olgularında makat bölgesinden yapılacak işlem ile ameliyat gerçekleştirilirken, anüsün hiç olmadığı durumlarda ise kalın bağırsağın bir kısmı sol kasık bölgesinin üst kesimine ağızlaştırılmakta, bebek gaitasını buraya yerleştirilen torbaya yapmaktadır.

4.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ameliyat süresi yapılacak işleme göre değişmekle birlikte 1 ile 2 saat arasında değişmektedir.

5.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

İşlem Sonrası;

Operasyon sonrası hasta yaşına göre yenidoğan yoğun bakım servisi ya da çocuk cerrahisi servisinde izleme alınır. Hasta yapılan ameliyatın durumuna göre 2-3 gün kadar yatırılır. Kolostomi (bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması) yapılan hastalar barsak hareketleri başlar başlamaz beslenirken makat bölgesinde tek seanslı ameliyatı yapılan hastalar 4 ila 5 gün süreyle ağızdan beslenmemekte, gerekli beslenme desteği damar yolundan verilmektedir.

6.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Yara yeri enfeksiyonu; tek seanslı ameliyatı yapılan hastalarda ameliyat yerinde dikişlerin açılması ya da zorlamaya bağlı dikişlerin atmasına bağlı makat yerinde enfeksiyon gelişebilmektedir.

Anal darlık; ameliyat sonraki dönemde ameliyat yerinde darlık gelişebilmekte bu da yapılan dilatasyonlarla düzeltilebilmektedir.

Deri problemleri; Deri çevresinde kızarıklık, nemlilik, deri yüzeyinin sıyrılması, döküntü ve renk değişikliği ile karakterize olan deri problemleridir.

Stoma iskemisi ve nekrozu; stomanın açıldığı barsak bölgesinin kan dolaşımının engellenmesine bağlı gelişir, stoma iskemisi genellikle ameliyat sonrası erken dönemde görülür

Stoma retraksiyonu; stomanın geriye, karına doğru kaçmasıdır. Özellikle kolostominin erken dönemdeki komplikasyonlarının en önemlilerindendir. Görülme olasılığı % 1-8 arasındadır.

Kanama; Stomanın temizlenmesi sırasında bir miktar kanama normaldir, ancak aşırı kanama kontrol altına alınması gereken bir durumdur.

Stoma prolapsusu; Prolapsus, barsağın stoma yoluyla dışarı doğru aşırı derecede sarkmasıdır. Genellikle ameliyattan aylarca sonra ortaya çıkar ve görülme olasılığı % 5-14 arasındadır.

Parastomal herni; Parastomal herniler stomanın çevresinde oluşan fıtıklardır. Parastomal herni önemli bir geç komplikasyondur. Görülme sıklığı %1-20 olarak belirtilmektedir. Parastomal herni barsak tıkanıklığı ve strangülayon (barsak düğümlenmesi) riski taşıdığı için önemlidir.

Atelektazi ve pnömoni; her ameliyat sonrası dönemde olduğu gibi tedaviyle düzelebildiği gibi ölümle de sonuçlanabilen akciğer enfeksiyonu gelişebilmektedir.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

***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.

NOT: Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır