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
o İşlemden beklenen faydalar:
Yapılan tetkik ve muayene neticesinde hastanın ağız içerisinde bulunan kitlenin çıkarılması operasyonu yapılacaktır. Ameliyat esnasında ağız içinde bulunan kitle (tümör) çevreden belirli büyüklükte sağlam doku ile birlikte çıkartılacaktır. Bunun için gerekirse çene kemiği kesilerek açılır ve operasyon sonrasında tekrar kapatılır. Ancak ağız içindeki kitle çene kemiğini de tutmuş ise bununda alınması gerekebilir. Ameliyat sonunda oluşan defekt çeşitli yöntemlerle onarılır. Bunun için vücudun diğer bölgelerinden çeşitli dokular almak gerekebilir (kemik, kas, cilt) onarım sonrasında yinede ağız ve çenenin dış görünüşünde bozukluklar olabilmektedir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
anı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak kesin tanının gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır. Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır. Ağız içindeki kitle giderek büyüyerek ve etrafındaki yapılara zarar vererek hayatı tehlike oluşturan bir duruma yol açabilir. Bu nedenle kitlenin patoloji laboratuvarında incelenmesi ve kesin teşhisinin yapılması için ameliyat ile çıkarılması gereklidir. Ağız içindeki tümörün öncelikli tedavisi cerrahidir. Kemoterapi veya ışın gibi tedavi seçenekleri de bulunmaktadır. Ancak bunların başarı şansı cerrahiden daha düşüktür. Tedavi kabul edilmez ise hastalık daha da ilerleyerek uzak organlara ve çevre dokulara yayılarak hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir ve önerilen tedavi seçenekleri de bundan sonra başarısız olabilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Tarafınıza önerilmiş olan tedavi/ameliyat, hekiminiz tarafından güncel tıp literatürüne göre size en uygun seçenek olduğu için tarafınıza önerilmiştir. Diğer tedavi seçeneklerinin, en fazla fayda göreceğiniz tedaviler olmayacağı, tarafınıza önerilen alternatif tedavilerin çok geniş bir yelpaze içerisinde risk ve sonuçları olabileceği göz önünde tutulmalıdır.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
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.
Ağız içinde tekrar şişlik, yara ortaya çıkabilir.
Anormal skar (Normal dokudan kalın ve kırmızı renkte) dokusu oluşumu. İlerde cerrahi gerektirecek kalınlaşmış, geniş kırmızı skarla sonuçlanabilir.
Kitlenin çıkarılması sırasında yakın komşuluktan dolayı bazı sinirler ve damarlar zarar görebilir ve bunlara ait belirtiler ortaya çıkabilir.
Ağrı: İlk aylarda boğazda ağrı olabilir ve ağrı kesicilerin kullanılması gerekebilir.
Yumuşak damakta fonksiyon bozukluğu: Ameliyattan sonra ara sıra genizden konuşma ve sıvı içecek ve gıdaların genize ve buruna kaçması ortaya çıkabilir. Bu durum zamanla alabileceği gibi kalıcı da olabilir ve konuşma-yutma egzersizleri ve ek cerrahi tedaviler gerektirebilir
Dişlerde, dişetinde, dudakta ve dilde yaralanma: Ameliyat esnasında kullanılan elektrik akımı ile çalışan kanama kontrol cihazları veya kullanılan cerrahi aletlere bağlı olarak kafa tabanında, beyin zarında ve beyin dokusunda zedelenme olabilir Konuşma bozukluğu meydana gelebilir zamanla bir miktar düzelme

olabilmekle birlikte eskisi gibi olmama ihtimali de vardır Tümörlerin tedavisi tek aşamalı değildir. Uzun süre takibi ve gerektiğinde yeniden ameliyat, ışın (Radyoterapi) veya ilaç (Kemoterapi) gibi ek tedavileri gerektirebilir. Tüm müdahalelere rağmen tam olarak iyileşme sağlanamayabilir.

o İşlemin tahmini süresi: 1-3 saat *(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.

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

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.)