Hastanın;

Adı - Soyadı :
Doğum Tarihi(gün/ay/yıl):
Protokol No :

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İstediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, “Bilgilendirme Ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı” düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

1. BİLGİLENDİRME

1.1. Genel Açıklamalar

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde yaptığımız muayene, tetkikler ve histopatolojik incelemeler sonucunda bronko-vasküler komplikasyon (bronş ve/veya damarsal nedenlere bağlı istenmeyen durum) adı verilen bir durum saptadık. Bronko-vasküler komplikasyonlar; Bronkoplevral fistül (bronşun akciğer zarına açık hale gelmesi), Postoperatif hemoraji (ameliyat sonrası kanama), Lober torsiyon (ameliyat sonrası kalan akciğer lobunun dönmesi), Anjiyoplasti (damar anostomozu) sonrası pulmoner infarkt (akciğerin kanlanmasının bozulması), Bronşial stenoz (bronşun daralması), Anostomoz hattında ayrılma ve Bronkovasküler fistül (bronş ile damar arasında bağlantı) durumlarından bir veya daha fazlasının görülmesidir.

Ameliyattan önce: Bir hekim size ne yapılacağını anlatacak ve işlemi kabul etmeniz halinde bir bilgilendirme ve rıza belgesi imzalatacaktır. Bu formu imzalamanız, tüm işlemi anladığınızdan emin olmak için gereklidir. Eğer herhangi bir soru ya da kaygınız varsa, lütfen çekinmeden sorunuz.

Ameliyat süreci: Operasyon genel anestezi altında yapılacağından anesteziye ilişkin bilgi ve olası riskler ilgili uzman tarafından size ayrıntılı olarak anlatılacak ve ayrı bir bilgilendirme ve rıza belgesi imzalatılacaktır. Size uygulamayı planladığımız ameliyat, gelişen bronko-vasküler komplikasyonu (bronş ve/veya damarsal nedenlere bağlı istenmeyen durum) tedavi etmek içindir. Girişim şekli, içinde bulunduğunuz duruma göre cerrahın uygun gördüğü yol ile olacak ve hastalığın durumuna göre değiştirilebilecektir. Ameliyat Torakotomi/re-torakotomi (kaburgaların arasından kesi ile yapılan ameliyat) veya Sternotomi (iman tahtası üzerinden kesi ile yapılan ameliyat) şeklindedir. Ameliyata izin vermeniz durumunda, bir akciğerinizin tamamının alınması, kas dokusu flebi (interkostal, serratus anterior, latissimus dorsi vs), omentum flebi (batın içi yağ dokusu), perikard veya sentetik greft (yama) materyallerinin destek amacıyla kullanılması gibi tüm uygulamaları kabul etmiş sayılacaksınız. Ameliyatın son aşamasında, akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasına, içinde bir miktar su olan bir tüpe bağlı, boru şeklinde, plastik yapıda 1 veya 2 adet dren yerleştirilmektedir. Bu drenlerin çekilme zamanı hastalığın seyrine göre değişkenlik göstermektedir.

Ameliyattan sonra: Ameliyattan sonra durumunuza göre servis veya yoğun bakıma alınabilirsiniz. Bir süre (ortalama 6 saat) size ağızdan yemek verilmeyecek, damar yoluyla beslenecekseniz. Bir süre geçtikten sonra sizden yürümek, derin nefes alıp vermek, öksürmek, solunum egzersizi için çeşitli aletleri kullanmak dahil çeşitli etkinliklerde bulunmanız istenebilir. Uygulanan ameliyatın hemen ardından uygulanan dren ya da drenler genellikle içinde sıvı olan bir kavanoza (dren şişesi) ya da bir valf sistemine (Heimlich valfi) takılarak takip edilir. İşlemden sonra bu şişe ya da valfin tüp torakostomi sonlandırılıncaya kadar birlikte taşınması ve mikroplu yer ve bölgelerden korunması gerekir. Bağlı olan dren kavanozu ise, kavanozu en alt noktası hiç bir zaman göbek hizasını aşmayacak şekilde taşınmalıdır, kavanozu düz durmasına çok dikkat edilmelidir. Eğer kavanozun bu durumlar dışında hareket ettirilmesi gerekiyorsa mutlaka sağlık personelinden yardım istenmelidir. Yattığınız süre içerisinde damar içi, kas içi, cilt altı, ağız veya solunum

yoluyla size çeşitli ilaçlar verilecektir. Verilecek ilaçlar ile ilgili olarak ayrıca bilgilendirileceksiniz. Tüm bu tedbirler daha kısa sürede iyileşmenizi sağlamak ve istenmeyen durumların ortaya çıkmasını önlemek amacını taşımaktadır. Hastanede kalış süreniz yaklaşık 5-10 gün olsa da bu süre iyileşme, istenmeyen durum görülmesi gibi durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Taburculuk sonrasında bazı

ilaçlara devam etmeniz istenecektir. İlaçları ne kadar süreyle ve nasıl kullanacağınız ve poliklinik kontrolüne ne zaman geleceğiniz doktorunuz tarafından size ayrıntılı olarak anlatılacak ve unutmamanız için epikrizinize işlenecektir. Dikişlerinizin alınma süresi yaranızın durumuna göre ameliyat sonrası 7-10 gündür.

1.2 Bronko-Vasküler Komplikasyonların Cerrahi Tedavisinden Beklenen Faydalar

Bronkoplevral fistül, genellikle rezeksiyon sonrasında (lobektomi, pnömonektomi, sleeve rezeksiyonlar) kapatılan ya da anastomoz yapılan bronşda oluşan fistül (açıklık) nedeniyle, bronşial sistem ile plevra boşluğu arasında bir ilişkinin meydana gelmesidir. Akciğer rezeksiyonu uygulanan hastalardaki ölüm ve komplikasyonların en büyük nedenidir. Bronkoplevral fistül görülme sıklığı pnömonektomi (bir akciğerin çıkarılması) sonrası yaklaşık %2-20, lobektomi (akciğer lob'unun çıkarılması) sonrası %0.5-4 dür. Uzun süre hastane tedavisi gerektirir, önemli bir komplikasyon ve ölüm sebebidir. Bronkoplevral fistül gelişimi sonrası ölüm oranı %12-70 arasında değişebilmektedir. Bronkoplevral fistül genellikle yara iyileşmesindeki yetmezlik sonucu oluşur. Ameliyata bağlı olmayan nedenlerle de operasyon sonrası gelişebilir. Diyabet (şeker) hastalığı, albümin (kan protein) seviyesi düşüklüğü, siroz hastalığı, steroid tedavisi alma ve operasyon öncesi kemoterapi/radyoterapi tedavisi görme, bronş sınırında tümörlü hücrelerin kalması gibi nedenlerle, bronkoplevral fistül gelişme riski artmaktadır. Bu komplikasyon ani başlayan nefes darlığı, öksürük, balgam, ağızdan kan tükürme, ateş, ampiyem (göğüs boşluğunda iltihap), aspirasyon pnömonisi (zatürre), artmış hava kaçağı, halsizlik, bitkinlik gibi belirtilerle karşımıza çıktığı gibi, bazen de tesadüfen çekilen akciğer grafilerlerinde tespit edilebilmektedir.

Tedavi şekli bronkoplevral fistülün gelişme nedenine, zamanlamasına ve hastanın durumuna göre değişir. Erken dönemde gelişen bronkoplevral fistüllerde re-torakotomi (tekrar operasyon) ile açıklık yeniden kapatılıp, üzeri kas flebi (yama) (interkostal, serratus anterior, latissimus dorsi vs.), omentum ve ya perikard dokusu ile desteklenebilir. Lobektomi ameliyatı pnömonektomiye tamamlanabilir. Geç dönemde gelişen bronkoplevral fistüllerde ise eloesser fleb, transternal transperikardiyal yaklaşımla bronşun kapatılması, torakomiyoplasti gibi seçenekler vardır. Bu operasyonların hepsinin ölüm ve komplikasyon riski yüksektir. Fistül çapı küçük (3-5mm) olanlarda, endobronşial (bronş içi) doku yapıştırıcı (fibrin glu, siyanoakrilat gibi) ya da sklerozan madde ile fistülün kapatılması denenebilir. Endobronşial stent kullanılarak da bronkoplevral fistülü kapanan olgular vardır.

Postoperatif hemoraji (ameliyat sonrası kanama), torakotomi sonrası göğüs tüpünden 4-6 saat boyunca 200ml/saat ve üzerinde kan gelmesi, ciddi kanama olarak tanımlanır. En sık nedeni bronşial arter ve göğüs duvarı damarlarından kanamadır. Lobektomi veya pnömonektomi sonrası ciddi kanama sıklığı %2.5-4 arasında görülebilir. Bu kanamaların çoğu kan ve kan ürünü verilmesi ile vaya ilave göğüs tüpü uygulanması tedavi edilebilir. Ancak bazı hastalarda (hastaların %1.5'ü) kanama kontrolü için re-torakotomi yapılması gerekmektedir. Kontrol edilemeyen kanamaya bağlı ölüm oranı yaklaşık %0.1'dir. Ani ciddi kanama ise çok nadir görülür, genellikle pulmoner arter veya ven güdüğünün açılmasıyla meydana gelir. Böyle bir durum saptandığında hasta çok hızlı bir şekilde operasyona alıp kanama kontrol altına alınmaya çalışılır. Ölüm oranı çok yüksek bir komplikasyondur.

Lober torsiyon, lobektomi sonrası kalan akciğerin kendi etrafında (bronkovasküler pedikülüyle) 180 derece dönmesi sonucu meydana gelir. Yaklaşık %0.2 oranında görülebilmektedir. Hastalarda inatçı yüksek ateş, hemoptizi ve bronkore görülür. Seri akciğer grafilerinde parankimde volüm ve dansite artışı vardır. Bronkoskopide dönmüş olan lob bronşu balık ağzı şeklinde görülebilir. Tanı sonrası hasta tekrar operasyona alınır, müdahale erken dönemde yapılmış ve kalan akciğer canlılığını yitirmemişse düzeltme işlemi, aksi halde ise tamamlayıcı rezeksiyon yapılır.

Anjiyoplasti sonrası pulmoner infarkt, işlem yapılan damarda darlık, tıkanma veya katlanma meydana gelmesi neticesinde pulmoner infarkt (akciğer kanlanmasının bozulması) gelişmesidir. Tedavide hasta tekrar operasyona alınarak pnömonektomi yapılır.

BronŞial stenoz (daralma), bronşun birbirine dikildiği bölgede aşırı granülasyon dokusu veya fibrozis (yara iyileşmesini sağlayan doku yapımı ve bağ dokusunun aşırı artışı) nedeniyle ya da bronşun dikilmesi sırasındaki teknik yetersizlikten oluşabilir. Kısmi daralmanın klinik bir anlamı olmayabilir. Tedavisinde rigid bronkoskop ile dilatasyon (genişletme) yapılabilir. Bu işlem birkaç kez tekrarlanabilir. Bronş uzunluğu

uygun olan olgularda ise endobronşial stent uygulanabilir. Düzelmeyen olgularda tekrar operasyon planlanabilir. Yeniden operasyon için İnflamasyon ve fibrozisin düzelmesi için yeterli bir zaman geçmiş olması beklenebilir (yaklaşık 3 ay). Operasyonda, yeniden anastamoz mümkünse denenebilir aksi halde tamamlayıcı pnömonektomi yapılır.

Anostomoz hattında ayrılma, bronşial anostomoz hattında kısmi ya da tam ayrılma veya aşikar bir nekroz saptanırsa cerrahi girişim yapmak zorunludur. Bu olguların çoğunda tamamlama pnömonektomisi yapmak gerekir. Az sayıdaki hasta için bronkoplastik prosedür uygulanabilir. Bu olgularda yeterli debridmanın yapılması ve anostomoz hattındaki gerginliğin az olması önemlidir. Anostomoz hattı pediküllü omentum veya kas dokusu gibi

canlı bir doku ile sarılabilir.

Bronkovasküler fistül, akciğer rezeksiyonlarından sonra çok nadir görülür. Bronkovasküler prosedürlerden sonra ise yaklaşık %3 oranında görüldebilir. Sıklıkla, bronş hattındaki sütür materyalinin komşu vasküler yapıda meydana getirdiği erozyon sonrası meydana gelir. Tedavide hasta operasyona alınarak tamamlayıcı pnömonektomi yapılmalıdır. Mortalitesi (ölüm görülme oranı) çok yüksek bir komplikasyondur.

SAYIN HASTAMIZ, SİZDE YUKARIDA SAYMIş OLDUĞUMUZ KOMPLİKASYONLARDAN BİR YA DA DAHA FAZLASININ GELİşMİş OLDUĞUNU DÜşÜNÜYORUZ. Bu durumların tedavisi için size yeniden müdahale etmemiz gerekmektedir. Ancak size yapılması planlanan tanısal veya tedaviye yönelik ameliyat ve uygulamaların, ameliyat öncesinde veya sırasında, önceden planlanmayan tıbbi durumların ortaya çıkması nedeniyle tamamlanamayabileceğini, birden fazla seansta gerçekleştirilebileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini bilmeniz gerekir.

1.3 Bronko-Vasküler Komplikasyonların Cerrahi Tedavisinin Uygulanmaması Halinde KarŞılaŞılabilecek Sonuçlar Yukarıda anlatıldığı gibi işlemin uygulanmaması halinde hayat kalitesini ciddi şekilde azaltan ya da hayati tehlikeye yol açabilecek komplikasyonlar artar ve ölümcül sonuçlar doğabilir.

1.4 Bronko-Vasküler Komplikasyonların Alternatif tedavileri

Cerrahi tedavi dışında tam olarak alternatif bulunmamaktadır.

1.5 Bronko-Vasküler Komplikasyonların Cerrahi Tedavisinin Tahmini Süresi

Ameliyat süresi tahminen 2-5 saattir. Bu süre, yapılacak olan işlemin büyüklüğüne göre değişiklik gösterebilir.

1.6 Bronko-Vasküler Komplikasyonların Cerrahi Tedavisinin Riskleri Ve Komplikasyonları Bazıları aşağıda açıklanmış olan istenmeyen durumlarla karşılaşma oranı ortalama %20 civarında olup değişebilir. Bunlar ender de olsa yeniden ameliyata alınmayı da gerektirebilir.

Kanama: Belli bir miktara kadar olan ve klinik olarak önemsiz kabul edilen kanamalar dışında ender de olsa ciddi ve acil ameliyat gerektiren kanamalar görülebilmektedir.

Ameliyat sonrası solunum yetmezliği gelişen hasta mekanik ventilasyon adı verilen solunum cihazına bağlanabilir. Gerek solunum yetmezliğine neden olan durumun kendisi, gerekse tedavisi için uygulanan Mekanik ventilasyon (solunum cihazına bağlı) sırasında; zatürre, yaygın vücut iltihabı, iltihabın kana karışması, organ yetmezlikleri, mide ve onikiparmak barsak ülserleri, kanamalar, vücudun asit-baz dengesinde bozulma, akciğer dokusunun basınca bağlı zarar görmesi ve sonuçta akciğer zarları arasında hava birikimleri ve ölüme kadar giden bazı istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir.

UzamıŞ hava kaçağı: Belli bir süre akciğerden, akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasına hava geçmesi ve havanın bu bölgeye yerleştirmiş olduğumuz dren aracılığıyla çıkması beklenen bir durumdur ve normaldir. Ancak bu sürenin 5-7 günü geçmesi uzamış hava kaçağı olarak adlandırılan ve hava kaçağı olan yeri tamir etmek için yeniden ameliyata alınmayı gerektirebilecek, istenmeyen bir durumdur.

Atelektazi: Ameliyat sonrasında yeterli solunum egzersizi yapmama, öksürüp balgam çıkarmama, hareketsizlik, iltihap, yakın zamana kadar sigara içme, KOAH hastalığının bulunması gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve atelektazi denen, akciğerin bir kısmı veya tamamının sönmesi durumudur. Bu durum ilk etapta bir takım ilaçlar, solunum fizyoterapisi ve burundan girilen bir sonda aracılığıyla balgamın emilmesi (nazotrakeal aspirasyon) ile aşılmaya çalışılacak olsa da, biriken ve yoğunlaşmaya yüz tutmuş balgamı çıkarmak amacıyla bronkoskopi denen bir işlem yapılabilir. Bu işlem; lokal anestezi ile FOB

(Fiberoptik bronkoskopi) ile veya genel anestezi altında bir boru aracılığıyla, tıkalı olan bronşa girilerek vakum etkili bir alet ile balgamın emilerek çıkarılmasından ibarettir. Kalpte ritim bozukluğu: Özellikle akciğerin bir kısmının ya da tamamının alındığı durumlarda sıkça görülebilmektedir. Bu durumda, istenmeyen başka kalp ve dolaşım bozukluklarının erken tanınması ve tedavisi için, kalp ritminiz bazen monitöre bağlı olarak izlenebilir ve yoğun bakımda kalmanız gerekebilir. Kalp krizi: Özellikle 40 yaş üstü hastalarda ameliyat öncesi tetkiklerde saptanamasa bile kalbe yük getirebilecek akciğer, yemek borusu ameliyatları gibi uzun ve büyük ameliyatlar sırasında veya sonrasında kalp krizi ortaya çıkabilir. Bu durum sorunsuz tedavi edilebileceği gibi ölümle de sonuçlanabilecek oldukça ciddi sorunları yanında getirebilir.

İltihaplar: Ameliyat sonrasında çeşitli iltihaplar görülebilir. Bunlardan zatürre, ampiyem, yara yeri iltihapları, sentetik greft enfeksiyonu en sık görülenleridir.

Zatürre görülmesi durumunda gerekli antibiyotik tedavisi başlanacak, balgam ve kan kültürü sonuçlarınıza göre antibiyotiklerin uygunluğu denetlenecek ve solunum egzersizleri uygulanacaktır.

Yara yeri iltihabında da benzer şekilde gerekli antibiyotik tedavisi başlanacak gerekirse yara yeri kültürü alınarak antibiyotiklerin uygunluğu denetlenecek ve gereken sıklıkta pansuman ile takip edileceksiniz. Ampiyem: Akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasında iltihaplı sıvı birikmesidir. Bu durumda dren çekilmişse yeniden dren yerleştirilerek iltihap boşaltılacak, uygun antibiyotik başlanacak, bazı durumlarda akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasındaki boşluk, değişkenlik gösteren sıklıkta antibiyotikli sıvılarla yıkanacaktır. Bu tedavi, drenaj (tüpe gelen sıvı miktarı) kesilene kadar devam edebilir.

Toplardamar pıhtılaŞması: Bazen uzun süre yatmaya ve hareketsizliğe bağlı olarak, bacaklardaki toplardamarlarda pıhtı birikmesi (derin ven trombozu) sözkonusu olabilir. Toplardamar pıhtılaşması kanser, sigara, ileri yaş, bazı kalıtımsal hastalıklar, bazı kan hastalıkları, kalp ve dolaşım bozukluğu, geçirilmiş travma, obesite, bazı ilaçların kullanımı ve kemoterapi tedavisi alma gibi durumlarda daha kolay gelişebilmektedir. Uzun süre kan pıhtılaşmasını önleyici tedavi uygulanması gereken bu hastalıkta, genellikle bacak toplardamarında oluşan bir pıhtı, koparak akciğere giden toplardamara kadar gidebilir (Pulmoner emboli). Bu durum hayatı tehdit eden bir durum olup hafif bir göğüs ağrısından ölüme kadar değişen komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olur. Bu tablonun gelişmemesi için olabildiğince erken hareket etmeniz sağlanacak ve pıhtılaşmayı önleyici ilaçlar verilecektir. Ancak buna rağmen bu istenmeyen durumlar görülebilir.

Nüks: Ameliyat sonrasında hastalığınızın nüksetmesi söz konusu olabilir. Bu durumda yeniden ameliyata alınabilirsiniz.

Diğer komplikasyonlar: Geçici veya kalıcı ses kısıklıkları, akciğer dokusu veya göğüs duvarı içerisinde apse gelişimi, bağırsaktan emilen lenf sıvısını toplayan damar benzeri yapının zedelenmesi sonucu akciğer ile göğüs kafesi iç zarları arasında sıvı toplanması (şilotoraks), kesi bölgesinde hafif uyuşukluk hissi, kalıcı nedbe gelişimi, kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu kol, bacak, göğüs veya vücutta şekil bozukluğu, ameliyat ya da dren yerinden beyin-omurilik sıvısı gelmesi, baş ağrısı, ameliyat bölgesinde uzun süreli ağrı, ses teli felci sonucu geçici ya da kalıcı ses kaybı, yüz, kaş, işitme, yutkunma, göz ve göz hareketleri, idrar veya büyük abdest kontrolü ile ilgili fonksiyon kaybı, göz kapağı düşüklüğü, bir doku ya da organ hasarı ile ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç, hormon veya cihaz kullanma gereksiniminin ortaya çıkması, cerrahi uygulamalar sırasında pozisyon vermeye bağlı kısa ya da uzun süreli ağrı-uyuşukluk gelişebilir. Ameliyat esnasında ve sonrasında kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin kullanımına bağlı olarak tıbbi literatürde tanımlanmış sorunlar gelişebilir. Göğüs cerrahisi ameliyatlarından sonra gelişen bu istenmeyen durumlara ek olarak, solunum ve fiziksel performans kapasitesinde azalma, solunum yetmezliği, kan ve kan ürünü verilmesine bağlı ateş, kan reaksiyonları, böbrek yetmezlikleri, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durması, sarılık, tetkiki yapıldığı halde kan yoluyla bulaşan hepatit ve AIDS gibi hastalıklar ortaya çıkabilir. Ayrıca ani kalp durması, allerjiler, organ yetmezlikleri, sara nöbetleri gibi istenmeyen durumlar ender olsa da bilmeniz gereken ve karşılaşılabilecek durumlardandır. Ölüm: Ameliyatın kendisine veya ameliyat sonrası gelişen istenmeyen durumlara bağlı ölüm görülme oranı bronkovasküler komplikasyonlar için yapılan tamamlayıcı pnömonektomi operasyonu için %10-37.5 arasında olabilir.

Yukarda bazıları açıklanmıŞ olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle Bilgilendirme ve Rıza Belgesini imzalayarak tüm bu riskleri bildiğinizi Bronko-Vasküler Komplikasyonların Cerrahi Tedavisini kabul ettiğinizi beyan etmiŞ olacaksınız.

1.7 Maliyet

- Sosyal Güvenlik Kurumuna mensup hastalarımızın yattıkları süre içerisindeki masrafları kurumlarından tahsil edilmekte olduğundan ek bir ödeme yapmanız gerekmemektedir.
- Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümlerine göre ek ödeme yapmaları gerekebilir.
- Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın hastane masraflarını kendileri ödemeleri gerekmektedir.

Durumunuzu bildirmeniz durumunda doktorunuz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilenmenizi sağlayacaktır.

2- 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. İşlemin kim tarafından yapılacağını biliyorum.
- Ameliyatın yararları kadar riskleri ve komplikasyon adı verilen, istenmeyen ancak oluşması muhtemel olumsuz sonuçları olabileceğini ve sonuca ilişkin herhangi bir garanti verilemeyeceğini biliyorum.
- Ameliyatın yaklaşık olarak ne kadar süreceği ve girişim yolu ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirildim.
- 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.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- 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.

RUM.

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

☐ İZİN VERİYORUM ☐ İZİN VERMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

☐ İZİN VERİYORUM ☐ İZİN VERMİYORUM

Bu bölüme hasta/kanuni velisi, vasisi tarafından “OKUDUM, ANLADIM” yazılacaktır

……

Hastanın Adı - Soyadı – İmzası :……Tarih: …./…./…. Saat:……..

Hastanın Velisi/Yasal Vasisinin

Adı–Soyadı–İmzası :……Tarih: …./…./…. Saat:……

Şahit, Adı - Soyadı – İmzası :……Tarih: …./…./…. Saat:……..

İşlemi/Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin

Adı– Soyadı – Unvanı—İmzası :……Tarih: …./…./…. Saat:……..

Kaynak: Bu form, Türk Göğüs Cerrahisi Derneği tarafından yayımlanan "Bronko Vasküler Komplikasyonların Cerrahi Tedavisi için Bilgilendirme ve Rıza Belgesi" belgesinden alınmıştır.
Özgün belge: http://www.tgcd.org.tr/wp-content/uploads/dosyalar/onam/pdf/bronko-vaskuler-komplikasyonlarin-cerrahi-tedavisi-icin-bilgilendirme-ve-riza-belgesi.pdf
Derneğin onam formları sayfası: https://tgcd.org.tr/onam-formlari/