Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

HASTALIĞIN TANIMI: Orta kulak boşluğunda (bakınız şekil) normalde hava vardır. Orta kulaktaki hava basıncı azaldığında orta kulak boşluğunda sıvı birikir. Bunun sonucunda kulak zarı ve işitme kemikçikleri hareket edemez ve işitme kaybı ortaya çıkar. Girişim orta kulak boşluğunun yeniden havalanmasını ve kulak zarı ile kemikçiklerin yeniden hareket yeteneğini kazanmasını sağlar. Bu girişimi gerektiren durumlar şunlardır:

1. **.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI:** Opr. Dr. .....
2. **.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:** Orta kulak boşluğunda (bakınız şekil) normalde hava vardır. Orta kulaktaki hava basıncı azaldığında orta kulak boşluğunda sıvı birikir. Bunun sonucunda kulak zarı ve işitme kemikçikleri hareket edemez ve işitme kaybı ortaya çıkar. Girişim orta kulak boşluğunun yeniden havalanmasını ve kulak zarı ile kemikçiklerin yeniden hareket yeteneğini kazanmasını sağlar. Bu girişimi gerektiren durumlar şunlardır:

- Orta kulağın uzun süren havalanma bozukluğu; özellikle büyümüş geniz eti veya damak yarıklarında,
- Tekrarlayan veya müzminleşen burun/sinüs iltihaplarında,
- Geniz boşluğu tümörleri veya kötü nedbe oluşumlarında,
- Kulak zarını aşırı bombeleştiren ve şiddetli ağrıya neden olan, ilaçla kontrole alınamayan, ani başlayan (akut) orta kulak iltihaplarında.
- Orta kulakta zamk gibi yapışkan bir sıvı varlığında veya tekrarlayan orta kulak iltihaplarında,

Orta kulağın östaki tüpü ile havalanmaması sonucunda oluşan kulak zarı çökmesini engellemek amaçıyla orta kulak boşluğunun havalandırılması gereklidir.

Kulak zarına cerrahi işlemle yerleştirilecek olan havalandırma tübü orta kulağınızın havalanmasını sağlayacaktır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Gerekli olduğu halde orta kulaktaki havalanma bozukluğu düzeltilmezse:

- Kulak zarı ve orta kulakta kalıcı değişiklikler
- Bunlara bağlı kalıcı işitme kayıpları,
- Kronik (müzmin) orta kulak iltihabı, ortaya çıkabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Orta kulak havalanma bozukluğunun tedavisi için yeterli antibiyoterapi sonrasında bugün bilinen başka bir yöntem yoktur. Ancak, girişimin uygulanmasına engel bir durum varsa hasta yakın takipte tutularak ve antibiyotik tedavisi verilerek, bir süre girişim ertelenebilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Anestezi: Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi doktorunuz ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Sık görülebilen yan etkiler:

- Narkozdan uyanma sırasında, hem huzursuzluk hem de uyku hali olması mümkündür.
- Dış kulak yolundan kısa süre kan veya sıvı akabilir. Bu işlem sonrası kulakta çok kısa süreli hafif ağrı veya basınç algılanabilir

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Kulak zarının çizilmesine bağlı orta kulak iltihabı görülebilir, antibiyotik ile kolayca tedavi edilir.

Kulağa su / sabun kaçmasına bağlı olarak veya nezle – grip gibi üst solunum yolu enfeksiyonları sırasında orta kulak iltihabı ve kulak akıntısı gelişebilir. Bu akıntılar kulak damlalarıyla kolaylıkla tedavi edilebilir ancak damlalarla düzelmeyen inatçı akıntılarda çok ender olarak tüpü çıkarmak gerekebilir.

- Kulak zarı çizilmesinden sonra zar hızla iyileşir. Kulak zarının çizilmesi veya yerleştirilmiş olan tüpün atılmasından sonra kulak zarındaki deliğin kalıcı olma ihtimali son derece azdır olmakla birlikte mevcuttur.
- Kulak zarı delik kaldığı takdirde ameliyatla kapatılması gerekebilir.

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Kalıcı işitme kaybı; işitme kemikçikleri zincirinde bozulma veya iç kulak hasarına bağlıdır.
- Şiddetli kanamalar; büyük bir toplardamarın değişik seyri nedeniyle görülür. Genellikle tampon yapılarak durdurulur.
- Havalandırma tüpünün orta kulak boşluğuna kaçması; ameliyatla çıkarılmalıdır.
- Çok ender olarak birkaç saat kadar, kısa süren baş dönmesi görülebilir. Bu, kendiliğinden iyileşir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Operayonun tahmini süresi 30 dakikadır.

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)