

Tarih:/...../20...

Sayın Hasta,Sayın Veli/Vasi

Ameliyat nasıl yapılır?

Göz (ler) çevresinden ve/veya ağız içerisinden kesi yapılarak kırığa ulaşılabilecek kırık aynı hizaya getirilecek ve titanyum plak ve vidalar kullanılarak sabitlenecek. Bu plak ve vidalar herhangi bir probleme sebep olup çıkarılmaları gerekmedikçe burada kalacak.

Anestezi:

Anestezi işleminin ve anestezi maddenin riskleri hakkında bilgi için “**Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu**”nu inceleyiniz. Eğer bu konuyla ilgili bir endişeniz varsa anestezi doktoruyla görüşünüz.

Eğer bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Ameliyatın Genel Riskleri:

- Akciğerinizde küçük bir bölge havalanmayacak şekilde birbirine yapışabilir, bu enfeksiyon riskini artırır.
- Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Bacaklarınızda ameliyat sonrası oluşabilecek pıhtılar (derin ven trombozu) ağrı ve şişlik yapabilir. Nadiren bu pıhtıdan bir parça akciğerinize gidebilir ve bu ölümcül olabilir.
- Kalpte zorlanma sonucu kalp krizi olabilir.
- Bu ameliyat esnasında ölüm olabilir.
- Aşırı şişman kişilerde kalp ve akciğer komplikasyonları (istenmeyen sonuç) ve pıhtılaşma riski artmıştır.
- Sigara içen kişilerde kalp ve akciğer komplikasyonları (istenmeyen sonuç) ve pıhtılaşma riski artmıştır. Sigara içen kişilerde yara iyileşmesi olumsuz yönde etkilenir.

Ameliyatın Riskleri:

- Etkilenen gözde görme kaybı ortaya çıkabilir. Bu durum kalıcı olabilir.
- Genellikle geçici ama kalıcı da olabilen çift görme olabilir.
- Etkilenen gözün seviyesi ve pozisyonu değişebilir bu durum yüzde bazı şekil bozuklukları ile sonuçlanabilir.
- Etkilenen taraf göz altı, yanak, etkilenen taraf burun ve etkilenen taraf üst dişlerde uyumsuzluk olabilir. Bu durum genellikle yaralanmaya bağlı oluşur ve ortadan kaldırılamayabilir ve operasyon ile daha kötü hale gelebilir.
- Aşırı şişman kişilerde yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları (istenmeyen sonuç) ve pıhtılaşma riski artmıştır.
- Sigara içen kişilerde yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları (istenmeyen sonuç) ve pıhtılaşma riski artmıştır.

Önemli Riskler ve uygun tedavi seçenekleri:

Doktor benimle ilgili bazı özel problemleri ve riskleri, eğer bir komplikasyon (istenmeyen sonuç) gerçekleşirse bunun muhtemel sonuçlarını açıkladı. Ayrıca hem komplikasyon (istenmeyen sonuç) ile ilişkili tedavi seçeneklerini hem de bu ameliyata ait olmayan genel riskleri açıkladı.

(Bu bölüme gerekli görüldüğü takdirde doktor tarafından hastanın tıbbi bilgileri kaydedilecektir.)

DOKTORUN BEYANI:

- Hastanın durumunu
- Tedavi için ihtiyaçlarını
- Ameliyatın işlemini ve risklerini
- İlişkili tedavi seçeneklerini ve bunların risklerini
- Eğer risk gerçekleşirse olası sonuçlarını
- Hastaya göre değişen özel önemli riskleri ve sonuçları açıkladım
- Yukarıdaki konular hakkında sorular sorması
- Her türlü endişesinin giderilmesi için hastaya / yerine karar verecek kişiye fırsat tanıdım;

Hastanın Beyanı:

Yukarıda yer alan ve ameliyat öncesi verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları ameliyat ekibine sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Ameliyat olmak isteyip istemediğime



**ORBİTO-ZİGOMATİK MAKSİLLER
KIRIK ONARIMI AMELİYATI
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

| | |
|---------------|------------|
| Dokuman No: | YÖN.RB.151 |
| Yayın Tarihi: | 22.04.2013 |
| Rev.No: | 00 |
| Rev.Tarihi: | |
| Sayfa No: | 2/2 |

karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda ve ameliyatın uygulanması konusunda ameliyat sorumlu doktoruna yetki veriyor ve söz konusu ameliyata ilişkin bana yapılan önerisini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın olarak kabul ediyorum ve tüm bu risk ve sonuçlara yönelik ameliyat ekibinden ve sorumlu hekimden hak talebim olmayacaktır. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Lütfen kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum." Yazınız

Tarih:...../...../..... Saat:

| HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE | HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE; |
|--|---|
| Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza: | Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. Tel.No:..... İmza: |
| Doktor Adı Soyadı:..... İmza: | Doktor Adı Soyadı:..... İmza: |
| Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: | Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: |