



## ANAL FİSSÜR AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

|              |            |
|--------------|------------|
| Doküman No   | YÖN.RB16   |
| Yayın Tarihi | 18.01.2010 |
| Rev. No      | 01         |
| Rev. Tarihi  | 20.09.2016 |
| Sayfa No     | 2/1        |

### Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu anal fissür tanısı koyan doktorlarım tedavim için Lateral internal sfinkterotomi ameliyatını önerdiler.

Ameliyat dışında tedavi seçeneği olmadığını ve tedavi olmadığım takdirde gelişebilecek sorunları bana anlattılar.

### Bu ameliyat ile ilgili aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler tarafıma anlatıldı:

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir.

2. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda baş ağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu'nda anlatılmıştır.

3. Ameliyat sırasında ve sonrasında derin ven sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğer embolilerine yol açabilirler. Bu ameliyatta emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır.

4. Ameliyatta makatı büzen kaslardan birisi kesilecektir. Bu nedenle % 20 dolaylarında geçici (birkaç haftalık) hafif gaz ve/veya dışkı kaçırma, % 1-2 dolaylarında da kalıcı kaçırma riski söz konusudur.

Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma yukarıdaki ayrıntılı bilgi verildi, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatıldı.

Bunlar geliştiği takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda salah veya tam şifaya ulaşamayacağı bana bildirildi.

Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

Yukarıdaki ifadelere dayanarak, cerrahi tedavinin gerçekleştirilmesini kabul ediyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 30-45 dakikadır.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....  
.....



## ANAL FİSSÜR AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

|              |            |
|--------------|------------|
| Doküman No   | YÖN.RB16   |
| Yayın Tarihi | 18.01.2010 |
| Rev. No      | 01         |
| Rev. Tarihi  | 20.09.2016 |
| Sayfa No     | 2/2        |

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

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