

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Bu form, halk dilinde kuyruk sokumunda kıl dönmesi diye tabir edilen Kist dermoid sakral (pilonidal sinüs) ameliyatının, riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında sizi bilgilendirmek için hazırlanmış bir bilgilendirilmiş onam formudur.

Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda doktorunuz size ek yazılı ve sözlü açıklama verecektir.

Pilonidal Sinüs (Kist Dermoid Sakral):

Doğumsal olarak kuyruk sokumuna yakın derinin içe dönmesi sonucu bir kese oluşturması ile olur. Sorun çıkarmadığında genellikle fark edilmez. Keseleşmiş deri içinde büyüyen kıllar, buradaki derinin salgıların ve dökülen ölü deri tabakasının birikmesi sonucu apseleşme olur.

Bu dönemde genellikle apse boşaltılması ile yetinilir ve durum sakinleşince ameliyat olması önerilir. Tekrarladıkça ameliyatı zorlaştığı gibi bazen kemiğe bulaşması sonucu osteomyelit denen tedavisi zor kemik hastalığına veya daha derinleşerek bağırsağa kadar ulaşabilir.

Ameliyatı sınırlı olgularda hastalıklı alanın tamamen çıkarılması (eksizyonu) ve dikiş ile (primer) kapama (orta hatta düz yara iziz oluşturur) veya çoğu zaman geniş eksizyon ve flep ile (yani yandan getirilen doku ile) kapama (orta hatta ve bir veya iki yanda "Z" gibi yara izi oluşturur) şeklinde olur. Bazen eksizyondan sonra açık bırakılması ve uzun süreli pansuman gerekebilir. Primer kapatılan durumlarda ve bazen flep ile kapatmalarda da infeksiyon nedeni ile dikişlerin açılması sonucu uzun süreli pansuman gerekebilir.

Anesteziye (Narkoz) Ait Riskler

Anestezi ve riskleri ile ilgili olarak "Anestezi hakkında" adlı bilgi formunu okuyun. Herhangi bir soru işaretiniz varsa, bunları anestezi uzmanıyla görüşün. Eğer size bilgi formu verilmediyse, bir adet isteyiniz.

Bu riskler arasında şunlar bulunur:

- Bazı akciğer alanları sönebilir ve buralarda enfeksiyon (mikrobik hastalıklar) oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler ve fizyoterapi gerekebilir.
- Bacaklarda ağrı ve şişmeye neden olan pıhtılar oluşabilir (derin ven trombozu- derin toplar damarın pıhtı ile tıkanması-DVT). Nadiren bu pıhtılardan bir kısmı koparak akciğerlerinize ve başka organlara gidebilir ve bu ölümcül olabilir.
- Kalbe binen yük nedeniyle kalp krizi veya inme meydana gelebilir.
- Uygulamaya bağlı olarak ölüm meydana gelebilir.
- Şişman insanlarda akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer komplikasyonlarının (olumsuz sonuçlar) oranı fazladır.
- Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. Prosedürden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir.

Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Ameliyatı İçin Onam Formu

- Doktorum tıbbi durumumu ve önerilen cerrahi işlemi anlattı. Ameliyatın risklerini, bana özel riskleri ve olası olumlu ve olumsuz durumları (komplikasyonları) anladım.
- Doktorum diğer tedavi yöntemlerini, ilişkili riskleri, olası tıbbi seyrimi (prognozumu) ve tedavi görmeme durumunda olabilecek riskleri anlattı.
- Tümör Cerrahisini gereklerini tam yapabilmek için ameliyat öncesi bulguların yanında ve daha önemli olarak ameliyattaki bulgulara dayanarak ameliyat öncesi yazılı ve sözlü olarak anlatılardan daha geniş cerrahi girişim yapılma zorunda kalınabileceği ve bende daha fazla sekel kalabileceği belirtildi.
- Bana bir adet anestezi bilgi formu verildi. Bana bir adet hasta bilgilendirme formu verildi.
- Tıbbi durumum, tedavi ve riskleri ile alternatif tedaviler hakkındaki sorularımı tartışma fırsatım oldu. Sorularım ve düşüncelerim tatmin olacağım biçimde tartışıldı.
- Ameliyat esnasında gerektiğinde kan verilmesini kabul ediyorum.
- Ameliyat sırasında organ veya dokuların çıkarılabileceğini ve bunların belli bir süre test amaçlı saklanma sonrasında hastane tarafından atılacağını biliyorum.
- Doktorum, ameliyat sırasında hayatı tehdit edici olaylar olabileceğini anlattı. Ameliyat sırasında **fotoğraf ve video** görüntülerinin alınabileceğini anladım. Bunlar daha sonra sağlık çalışanlarının eğitimi için kullanılabilir.
- Ameliyatın durumumu daha iyiye veya daha kötüye götürebileceğine dair hiçbir garantinin olmadığını anladım.
- Ameliyat sırasında veya sonrasında ya da anestezi sırasında önceden bilinmeyen durumların ortaya çıkması halinde yukarıda anlatılanların dışında işlemlerin gerekebileceğini anladım. Bu durumda yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarının gerekebilecek uygulamalara karar vermeleri ve yapmalarını ve ayrıca onların uygun göreceği ilgili dallardaki uzmanların cerrahi girişime katılmalarını onaylıyorum.

Yukarıdaki bilgilerin hepsini okudum ve bu bilgilerden başka birçok sözlü bilgi verildi.

İşlemin Tahmini Süresi : 60-90 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.

PİLONİDAL SINÜS AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No	YÖN.RB.17
Yayın Tarihi	18.01.2010
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.09.2016
Sayfa No	2/2

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:

.....
.....

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: