



## KALÇA İMPLANTI AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.180
Yayın Tarihi:	20.08.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	2/1

### Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz

Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, plastik cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

### GENEL BİLGİLER:

Implant ile kalça büyütme, silikon jel ile dolu olan polimer protezin cerrahi kesi ile kalça dokusu ve kas altına yerleştirilmesidir. Bu implantın yerleştirilmesinin sonucu olarak kalça boyutu genişler.

Kalça implantlarının kalıcı ürünler olmadığını ve bazı durumlarda asıl operasyondan sonra aşağıdaki nedenlerden dolayı ek cerrahi operasyon veya operasyonlar gerekli olabileceğini biliyorum.

### KALÇA BÜYÜTME CERRAHİSİNİN RİSKLERİ:

**İlaç Reaksiyonları:** Reçete edilen ilaçların ya da anestezinin olumsuz tepkisi meydana gelebilir. Bunlar; mide bulantısı, kusma, cilt döküntüsü, kaşınma gibi tepkiler olabilir. Ayrıca şiddetli tepkiler olarak çok nadir görülen kasılma, koma hali ya da ölüme sebep olabilir.

**Şişme:** Bu tepki her cerrahi operasyondan sonra değişik derecelerde oluşabilir. Şişme günler, haftalar ya da aylar sürebilir. Bazı şişlikler bir yıl ya da bir yılı aşkın kalabilir ki bu çok olağandışıdır. Bu durumlarla ilgili uygun görülürse bilgilendirilecek ya da tedavi uygulanacaktır.

**Kanama:** Kanama, cerrahi müdahale sırasında dikiş, dağlama veya basınç ile kontrol edilir. Hematomun (kan pıhtısı) çıkarılması gerekebilir. Sargılarda bazı kanlı drenaj normaldir. Eğer kanama yaşanırsa hastanemizi arayınız. Eğer bir şekilde ulaşamazsanız ve endişe verici bir sorun var ise, en yakın acil servise gidiniz ve çağrı merkezimizi bilgilendirin. Nadir olarak görülse de yaygın bir kanama ya da diğer komplikasyonlar durumunda hastaneye yatırılmanız ve kan nakli yapılması gerekebilir. Genel olarak cerrahi operasyonlarda morarmaya (mavimsi renk değişikliği) sebep olan cilt altında kanama olabilir. Bu iki hafta veya daha fazla sürebilir.

**Enfeksiyon:** Enfeksiyon oluşması, bu tür cerrahi operasyonlarda olağan bir durum değildir. Enfeksiyon gelişmesi durumunda antibiyotik tedavisi yada ek bir cerrahi operasyon gerekebilir.

**Mali Yükümlülükler:** Hastane ve doktor ücretini içeren cerrahi operasyon maliyetini ve ödeme yönetimini sorunuz. Bazı beklenmedik koşullardan ve tedavilerden doğan ek ücretler ve ödemelerden sorumlu olacaksınız. Bazı cerrahi komplikasyonlardan (olumsuz sonuçlu) ortaya çıkan ücretler olabilir. İkinci defa yada revizyon için hastanede kalış durumunda ücret ödemeniz gerekir.

**TARAFIMA YAPILAN SÖZLÜ VE YAZILI AÇIKLAMALARDAN TATMİN OLDUĞUMU BELİRTİRİM. YAPILACAK OLAN TEDAVİ VEYA AMELİYATTA, DAHA SONRA ÇIKABİLECEK DURUMLARDA YAPILACAK TÜM TEDAVİLERE, YUKARIDA LİSTELENEN MADDELERE VE AYNI ZAMANDA BANA YAPILAN SÖZLÜ AÇIKLAMALARA KENDİMDE OLARAK VE İRADEMLE ONAY VERİYORUM**



## KALÇA İMPLANTİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.180
Yayın Tarihi:	20.08.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	2/2

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

Saat:.....

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