



HİATAL HERNİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No	YÖN.RB.181
Yayın Tarihi	01.11.2014
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.09.2016
Sayfa No	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Genel Açıklamalar:

Şikâyetiniz nedeniyle başvurmuş olduğunuz hastanemizde yaptığımız muayene ve tetkikler sonucunda yemek borunuzun karın boşluğuna geçtiği kanalda fitik saptadık. Bu fitik çoğunlukla midenin göğüs boşluğuna doğru yer değiştirmesi ile kendini hazımsızlık, şişkinlik ve reflü (Mide içeriğinin yemek borusuna kaçması) şikâyetleri ile gösterir. Kimi zaman midenin veya barsağın boğulması ile sonuçlanır. Bu hastalığın tedavisi cerrahi olarak onarımdır. Cerrahi tedavi ile hastalıktan %80-85 arasında kurtulma olanağı bulunmaktadır. Operasyon genel anestezi altında yapılacağından anesteziye ilişkin bilgi ve olası riskler ilgili uzman tarafından size ayrıntılı olarak anlatılacak ve ayrı bir onam formu imzalatılacaktır. Size uygulamayı planladığımız ameliyat, fitikleşen organları yerine koymak ve genişlemiş kanalı onarmak şeklindedir. Girişim şekli (Kapalı/açık ameliyat) cerrahın uygun gördüğü yol ile olacak ve hastalığın durumuna göre değiştirilebilecektir. Örneğin kapalı şekilde başlanılan ameliyat, hastalığın uygunsuzluğu ve istenmeyen durumların oluşması nedeniyle, açık ameliyat (Torakotomi) ile de yapılabilir.

İşlemin Riskleri (Komplikasyonları):

Anestezik ilaçlara bağlı alerjik reaksiyon, şok, ölüm, kanama, transfüzyon, barsak yaralanması, primer onarım rezeksiyon, anastomoz kaçağı, fistül (karın içine içine akıntı), yara açılması, mide yaralanması, açık ameliyat, Mide tıkanıklığı, solunum sıkıntısı, makineye bağlanma, Yara yeri enfeksiyonu, seroma, nekroz, ölüm.

Müdahale Edilmemesinin Sonuçları:

Tedavi edilmezse yemek borusunun tahrişi, dolayısıyla hastanın şikâyetleri devam eder.

İşlemden beklenen faydalar:

Sindirim şikâyetlerinin düzelmesi

İşlemin alternatifleri:

- 1.Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu veya laparotomi
- 2.Touppet Fundoplikasyonu
- 3.Meshli onarım

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

Hasta, Vekil Veya Vasinin Onam Açıklaması

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi / girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim
- Tedavi / girişimden önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım
- Tanı / tedavi / girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceğini açıkladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim şekilde yanıtladı.
- Tedavi / girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi / girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/ veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : 120-150 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:

.....



HİATAL HERNİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No	YÖN.RB.181
Yayın Tarihi	01.11.2014
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.09.2016
Sayfa No	2/2

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: