



## PARKİNSON HASTALIĞI PİL DEĞİŞİMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

|              |            |
|--------------|------------|
| Dokuman No   | YÖN.RB.216 |
| Yayın Tarihi | 19.12.2018 |
| Rev.No       | 00         |
| Rev.Tarihi   |            |
| Sayfa no     | 1/1        |

### Yöntem :

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan Parkinson hastalığının tedavisinde ilaca dirençli hastalarda uygulanan cerrahi girişim: Göğüs bölgesindeki ciltaltı pilinin değiştirilmesi.

Parkinson hastalığında, titreme için talamik/subtalamik bölgeye bağlı uyarıcı elektrodun göğüs duvarındaki pilin değiştirilmesi

### Ameliyatın Riskleri;

Yapılacak cerrahi uygulamanın faydaları yanında oluşabilecek riskler de bulunmaktadır. Bana yapılacak cerrahi uygulama (lezyon yapılması ve/veya pil takılması) esnasında ve sonrasında oluşabilecek tüm riskleri kabul ediyorum. Oluşabilecek risk ve komplikasyonların bazıları;

- Anestezi riski: Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında riskler vardır. Anestezinin her sekinde ve sedasyonda da oluşabilecek komplikasyonlar ve zararlar bulunmaktadır.
- Kanama riski: Ameliyat esnasında veya sonrasında lezyon yapılan veya elektrod yerleştirilen bölgede kanama olabilir. Kanama büyürse hayati tehlike oluşturabilir.
- Pıhtı oluşma riski: Pıhtı her türlü cerrahide oluşabilir. Oluşan pıhtı bası yaparak ağrı, inflamasyon, doku hasarı, beyin omurilik sıvı yollarının kapanması ile hidrosefaliye neden olarak değişik nörolojik bulgular içeren kötüleşmeye sebep olabilir. Bu durumlarda ek müdahaleler gerekebilir.
- Kardiyak komplikasyonlar: Yapılacak cerrahi sırasında kalp ritim bozukluğu veya kalp krizi riski mevcuttur.
- Ölüm: Parkinson ameliyatı esnasında veya sonrasında da ölüm riski vardır.
- Cerrahiden faydalanmama: Yapılacak cerrahi girişim yakınmaların tamamının veya bazılarının düzelmesini sağlamayabilir.
- Ağrı: Cerrahi sonrasında ağrı veya diğer yakınmalarda artma olabilir.
- Enfeksiyon: Yara yerinde veya derin dokularda enfeksiyon olabilir; menenjit oluşmasına sebebiyet verebilir.
- Tekrarlama: Cerrahi sonrasında erken veya geç dönemde yakınmaların bazıları veya tamamı tekrar görülebilir ve bu durumda da ek tedavi girişimi gerekebilir.
- Solunum güçlüğü: Cerrahi esnasında veya sonrasında, akciğer enfeksiyonu (pnömoni) ve/veya akciğer atar damarının pıhtı ile tıkanması sonucu (pulmoner emboli) solunum sıkıntısı oluşabilir. Ek tedavi gerektirebilir.
- İnme (Felç) : Nadir de olsa, cerrahi sırasında veya sonrasında toplar damarlardan beyne hava veya pıhtı yerleşmesi sonrasında kol ve/veya bacak güçsüzlüğü gelişebilir. Ek tedavi gerektirebilir.

### Özel Durumlar:

Alerji/Kullanılan İlaçlar: Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

Tütün ve Tütün Mamulleri: Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamulleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

Tıbbi araştırma: Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

### Hasta, veli 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/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.

## PARKİNSON HASTALIĞI PİL DEĞİŞİMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

|              |            |
|--------------|------------|
| Dokuman No   | YÖN.RB.216 |
| Yayın Tarihi | 19.12.2018 |
| Rev.No       | 00         |
| Rev.Tarihi   |            |
| Sayfa no     | 1/2        |

- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılacağı açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 20 – 40 dakikadır (herhangi bir komplikasyon durumunda işlemin süresi değişebilir).

**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:

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

| HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE  | HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA 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:   |