



DOKUDAN YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.226
Yayın Tarihi	04.07.2019
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa No	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır.

İşlem

Doktorum aşağıdaki işlemin yapılacağını anlattı;

Yabancı cismin'dan cerrahi ile çıkarılması. İşlem Danışman cerrahdan başka bir doktor tarafından yürütülebilir.

Anestezinin Genel Riskleri

Operasyon öncesi anestezi doktorları tarafından anestezinin risk ve komplikasyonları ile ilgili bilgi verilerek uzman doktor tarafından bilgilendirilmiş onam formunuz alınacaktır. Eğer konuyla ilgili bilgi verilmediyse mutlaka isteyin. Herhangi bir sorunuz olduğu takdirde hem operasyonu gerçekleştirecek doktorunuza hem de anestezi hekiminize istediğiniz soruyu sorabilirsiniz.

İşlemin Faydaları Ve İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar, İşlemin Alternatifi

İşlemin faydaları: Yabancı cismin dokudan çıkarılarak olası enfeksiyonların, ağrının önlenmesi sağlanır.

İşlemin uygulanmaması durumunda: Yabancı cismin ilgili dokuda enfeksiyon oluşturması, ağrı, doku ve organda enfeksiyona bağlı fonksiyon bozukluğu oluşturabilir.

Ameliyatınız uzman bir cerrah tarafından yapılacaktır.

İşlemin cerrahi girişimden başka alternatifi yoktur.

İşlemin Riskleri

a)Yabancı cisim bulunamayabilir.

b)Yabancı cismin bir kısmı çıkarılamayabilir.

c)Yabancı cismin bulunması ve çıkarılması esnasında diğer dokuları kesilmesi ve çıkarılması gerekebilir. Bu durum kalıcı hasara neden olur.

d)Herhangi bir enfekte maddenin dışarı çıkartılması için yabancı cismin çıkartıldığı yara yeri açık bırakılabilir.

e)Yara yeri düzenli pansumanı gerektirebilir. Yara yerinin iyileşmesi zaman alabilir.

f)Bazı insanlarda yaranın iyileşmesi normal olmayabilir ve yara kalınlaşabilir, kızarabilir ve ağrılı olabilir.

g) Şişman insanlarda artmış yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonu ve tromboz riski

h) Sigara içenlerde artmış yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonu ve tromboz riski

Ameliyata Ait Riskler

1- Doku nakli yapılmış ise bu dokunun iyileşmesi iyi olmayabilir. Bu daha az kabul edilir bir iz ve/veya doku büyük ile sonuçlanabilir. Ayrıca ikincil cerrahi müdahale gerektirebilir.

2- Doku nakli yapılmış ise, kan ve sıvı birikebilir ve bunun boşaltılması gerekebilir. Bu da yara iyileşmesini yavaşlatabilir.

3- Nakledilen doku normal doku gibi görünmeyebilir.

4- Bütün ameliyatlar iz bırakır. Doku nakli nedeniyle de iz kalacaktır.

5- Ameliyat yerinde skar denilen kıvrımı, yumrulu, kaşıntı izler, oluşabilir. Bunların tedavisi çok zordur ve görünüşü bozabilir.

6- Nakledilen doku dolaşım bozukluğu sonucu tamamen ölebilir.

**DOKUDAN YABANCI CİSİM
ÇIKARILMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ
ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.226
Yayın Tarihi	04.07.2019
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa No	2/2

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.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde 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 : 20 – 120 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:

.....
.....

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: