



PERİFERİK SİNİR SIKIŞMASI (KARPAL TÜNEL) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.35
Yayın Tarihi	20.03.2011
Rev.No	01
Rev.Tarihi	20.09.2016
Sayfa no	2/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Beyin ve Sinir Cerrahi Uzm.	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Yöntem :

Sinirin çevre dokular tarafından basıya uğraması ağrı, uyuşluluk, güçsüzlük veya fonksiyon kaybına neden olabilir. Temel problem sinirin çevre doku tarafından basıya uğramasıdır. Bu durum yaralanma sonrası, hastalık sonrası veya tekrarlayan hareketlere bağlı olabilir. Doktorumdan yapılacak ameliyatımın içeriği hakkında ayrıntılı bilgi aldım

Uygun olanı işaretleyin.

- Median sinirin bilekte sıkışması
- Ulnar sinirin dirsekte sıkışması
- Ulnar sinirin bilekte sıkışması
- Anterior interosseus sinirin ön-kolda sıkışması.
- _____ sinirin _____ te sıkışması

Cerrahi sırasında cerrahımın ilgili alanda cilt kesisi yaparak ilgili siniri serbestleştireceğini biliyor ve kabul ediyorum. Hedeflenen amacın bası altındaki siniri serbestleştirerek yakınmalarımı gidermek olduğunun bilincindeyim. Ameliyat süresi 15 dakika ile 1 saat arasında değişmektedir.

Alternatifler :

- Her türlü riski göze alıp ameliyat olmamak
- Ağrı kesici ilaç tedavisi
- Değişik enjeksiyonlar
- Atel
- Fizik tedavi

Cerrahim tarafından bana anlatılan diğer tedavi metodlarını da değerlendirdim. Bu alternatif metodların da avantaj ve dezavantajları bana anlatıldı

Ameliyatın Riskleri

Yapılacak uygulamanın faydaları yanında oluşabilecek riskler de bulunmaktadır. Bana yapılacak ameliyat esnasında ve sonrasında oluşabilecek tüm riskleri kabul ediyorum.

Oluşabilecek risk ve komplikasyonların bazıları;

Anestezi riski : Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında (ameliyatta hastaya verilen pozisyon nedeniyle) riskler vardır. Ayrıca, anestezinin her şeklinde ve sedasyonda da ilaçlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlar ve zararlar bulunmaktadır.

Kanama : Nadir olsa da ameliyatım sırasında veya ameliyat sonrasında ileri derecede olabilecek bir kanama riskinin varlığından haberdarım.

Kan pıhtısı oluşumu: Kan pıhtısı her çeşit ameliyat sonrası oluşabilir. Kanama bölgesinde oluşan pıhtılar kan akımını engelleyip ağrı, ödem, inflamasyon veya doku hasarı gibi komplikasyonlara(kötü sonuçlara) yol açabilir.

Ameliyat sonrası ağrı: Ameliyattan sonra ağrı ve diğer bulgular pek muhtemel olmasa da artabilir

Fonksiyon kaybı: Girişim sonrası hastanın mevcut fonksiyonlarında azalma veya tamamen kayıp olabilir

İnfeksiyon : Ameliyat yerindeki yüzeysel veya derin yapılarda enfeksiyon meydana gelebilir

Nüks : Ameliyat sonrasında, semptomlar tekrar ortaya çıkabilir ve ek ameliyat gerekebilir.

Önemli Hususlar

Alerji/Kullanılan ilaçlar: 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 Mamülleri: Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamülleri (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.



PERİFERİK SİNİR SIKIŞMASI (KARPAL TÜNEL) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.35
Yayın Tarihi	20.03.2011
Rev.No	01
Rev.Tarihi	20.09.2016
Sayfa no	2/2

Hasta, veli veya vasinin onay 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 taktirde 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 kullanılabileceği 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.

Tarafıma yapılan sözlü ve yazılı açıklamalardan tatmin olduğumu belirtirim. yapılacak olan tedavi veya ameliyatta, daha sonra çıkabilecek durumlarda yapılacak tüm tedavilere, yukarıda listelenen maddelere ve aynı zamanda bana yapılan sözlü açıklamalara kendimde olarak ve irademle onay veriyorum

İşlemin Tahmini Süresi : 15 – 30 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 İŞE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İŞE;
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: