



KULAK ZARININ ÇİZİLMESİ VE KULAĞA TÜP TAKILMASI AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.48
Yayın Tarihi	17.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	21.09.2016
Sayfa no	3/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda, "Orta kulak iltihabı / Orta kulakta sıvı birikmesi / Orta kulak nezlesi" nedeniyle çocuğunuza cerrahi girişim gerektiği kararına varılmıştır.

Bu yazılı form, size yapılacak olan girişim ve buna bağlı komplikasyonlar (girişim sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunları) hakkında temel bilgileri açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

Hastalığınız Hakkında Bilmeniz Gerekenler:

Orta kulak boşluğunda (bakınız şekil) normalde hava vardır. Orta kulaktaki hava basıncı azaldığında orta kulak boşluğunda sıvı birikir. Bunun sonucunda kulak zarı ve işitme kemikçikleri hareket edemez ve işitme kaybı ortaya çıkar. Girişim orta kulak boşluğunun yeniden havalanmasını ve kulak zarı ile kemikçiklerin yeniden hareket yeteneğini kazanmasını sağlar.

Bu Girişimi Gerektiren Durumlar Şunlardır:

- Orta kulağın uzun süren havalanma bozukluğu; özellikle büyümüş geniz eti veya damak yarıklarında, Tekrarlayan veya müzminleşen burun/sinüs iltihaplarında,
- Geniz boşluğu tümörleri veya kötü nedbe oluşumlarında, kulak zarını aşırı bombeleşiren ve şiddetli ağrıya neden olan, ilaçla kontrole alınamayan, ani başlayan (akut) orta kulak iltihaplarında.
- Orta kulakta zank gibi yapışkan bir sıvı varlığında veya tekrarlayan orta kulak iltihaplarında, orta kulak boşluğunun havalandırılması gereklidir.

Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

Gerekli olduğu halde orta kulaktaki havalanma bozukluğu düzeltilmezse:

- Kulak zarı ve orta kulakta kalıcı değişiklikler
- Bunlara bağlı kalıcı işitme kayıpları,
- Kronik (müzmin) orta kulak iltihabı, ortaya çıkabilir.

Girişimden beklenen faydalar:

İşitmenin düzelmesi, ileride adehesiv ve kronik otit olma riskinin azalması

Nasıl Bir Tedavi / Girişim Uygulanacak (Alternatif Tedaviler Hakkında Bilgi İçermelidir):

Çocuklarda girişim genel anestezi (narkoz) altında yapılır. Narkoz girişimine ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi (narkoz) uzmanı doktor ile görüşebilirsiniz. Erişkinlerde girişim genellikle yüzeysel (kulak zarı üzerine püskürtülerek veya zara ilaçlı bir pamukla dokunularak) veya yerel (enjeksiyonla) anestezi ile yapılabilir.

Anesteziyi takiben mikroskop altında kulak zarının genellikle alt kısmına küçük bir delik açılır. Bu delikten orta kulak boşluğundaki sıvı emilir. Gerekliyse bu deliğe bir havalandırma tüpü yerleştirilir Orta kulak havalanma bozukluğunun tedavisi için bugün bilinen başka bir yöntem yoktur.

Ortaya Çıkabilecek Yan Etkiler (Komplikasyonları):

Sık Görülebilen Yan Etkiler: Narkozdan uyanma sırasında, hem huzursuzluk hem de uyku hali olması mümkündür. Dış kulak yolundan kısa süre kan veya sıvı akabilir. Bunun önemi yoktur. Kulakta çok kısa süreli hafif ağrı veya basınç algılanabilir.

Nadir Görülebilen Yan Etkiler: Kulak zarının çizilmesine bağlı orta kulak iltihabı görülebilir, antibiyotik ile kolayca tedavi edilir.

Kulağa su / sabun kaçmasına bağlı olarak veya nezle – grip gibi üst solunum yolu enfeksiyonları sırasında orta kulak iltihabı ve kulak akıntısı gelişebilir. Bu akıntılar kulak damlalarıyla kolaylıkla tedavi edilebilir ancak damlalarla düzelmeyen inatçı akıntılarda çok ender olarak kulak tüpü çıkarmak gerekebilir.

Kulak zarı çizilmesinden sonra zar hızla iyileşir. Kulak zarının çizilmesi veya yerleştirilmiş olan tüpün atılmasından sonra kulak zarındaki deliğin kalıcı olma ihtimali son derece azdır.

Kulak zarı delik kaldığı takdirde ameliyatla kapatılması gerekebilir.



KULAK ZARININ ÇİZİLMESİ VE KULAĞA TÜP TAKILMASI AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.48
Yayın Tarihi	17.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	21.09.2016
Sayfa no	3/2

Çok Nadir Görülebilen Yan Etkiler: Kalıcı işitme kaybı; işitme kemikçikleri zincirinde bozulma veya iç kulak hasarına bağlıdır.

Şiddetli kanamalar; büyük bir toplardamarın değişik seyri nedeniyle görülür. Genellikle tampon yapılarak durdurulur. Havalandırma tüpünün orta kulak boşluğuna kaçması; ameliyatla çıkarılmalıdır.

Çok ender olarak birkaç saat kadar, kısa süren baş dönmesi görülebilir. Bu, kendiliğinden iyileşir.

Girişimden Önce Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

Girişimin uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00'ten sonra çocuğunuza hiçbir şey yedirip içirmememiz gerekir. Ancak kullanmakta olduğu ilaçları ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde su vermeden içirebilirsiniz.

Ameliyattan önceki üç hafta boyunca çocuğunuza herhangi bir aşı yaptırmayınız. Eğer aşının mutlaka yapılması gerekiyorsa ameliyatınız aşıdan üç hafta sonra yapılacaktır.

Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde bu ameliyat yapılamaz. Bu nedenle ameliyat öncesindeki birkaç hafta boyunca çocuğunuzun hasta çocuklarla temas etmemesine, üşütmemesine dikkat ediniz.

Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

Narkoza veya kullanılan sakinleştirici, ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak çocuğunuzun refleksleri geçici bir süre etkilenecektir. Bu nedenle çocuğunuz girişimden sonra ilk 24 - 48 saat içinde evde istirahat etmelidir.

Ameliyatı takip eden günden itibaren yemek ve içmek konusunda hiçbir kısıtlama yoktur.

Girişimden sonra altı hafta süre ile aşı yapılmamalıdır.

Orta kulağa su kaçtığında orta kulak iltihabı ve kulak akıntısına neden olabilir. Ancak, banyo sırasında orta kulağa su kaçması pek mümkün değildir. Kulağa basınçlı su vermediğiniz sürece, kulağın içini sabun veya şampuanla yıkamadığınız sürece veya çocuğunuz kafası tamamen suyun içine girecek şekilde denize veya havuza dalmadığı sürece herhangi bir sorun yaşanmaz.

Takılan orta kulak havalandırma tüpleri ortalama 6 ay – 1 yıl sonra kendiliğinden düşecektir. Tüpler kulakta olduğu sürece belli aralıklarla Kulak Burun Boğaz doktorunuza kontrole gelmeniz gereklidir. Eğer tüpler belli bir süre sonra kendiliğinden düşmedi ise, doktorunuz basitçe tüpleri çıkarabilir.

Hekimin Hasta Hakkında Bilmek İstedikleri:

Lütfen ameliyat öncesi var olan teşhis edilmiş tüm hastalıklarınızı, aldığınız tüm ilaçlarınızı, varsa ailesel hastalıklarınızı, alerjik durumunuzu bildirin.

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 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.

• Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

• Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.

• Aklim 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 : 30 – 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.



KULAK ZARININ ÇİZİLMESİ VE KULAĞA TÜP TAKILMASI AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.48
Yayın Tarihi	17.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	21.09.2016
Sayfa no	3/3

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: