



OMUZ ÇIKIKLARI / OMUZUN STABİL OLMAMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.82
Yayın Tarihi	17.11.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa no	3/1

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Sağlık durumunuzun ve size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yarar/zarar, risk ve alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz!

Doktorlar bana, _____ şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığımın olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğu, nedenleri, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler. Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızamın olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum.

İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor; idrak, rıza ve talep ediyorum.

Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmamıza sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğumuz veya olmadığımız her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik Rezonans, vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; röntgen, radyoizotop/nükleer enerjili, kısa ve uzun dalgalı ışınımara maruz kalabileceğimi, bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık/anemi, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik yada uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı yada bir parçası olarak kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken yada geç dönemde tespit olunabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor; ve lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında bana uygulanabilecek lokal/bölgesel, spinal, epidural/omurilik anestezisi ya da genel anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun yada sinirin felçleri, beyin hasarı ve ölümü içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ ya da doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi gösteremeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

Teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi(ödem), sara krizi, geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu veya ölüm gibi olaylarla karşılaşılabilir bize açık ve anlayabileceğimiz şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu vücutta şekil bozukluğu; ameliyat ya da iğne yerinden beyin suyu gelmesi; baş ağrısı veya uzun süreli/kronik ağrı; ses teli felci sonucu geçici veya kalıcı ses kaybı; yüz, kaş, diş, göz gibi organlar ve işitme, yutkunma, ve görme, idrar veya büyük abdest kontrolü gibi işlevlerle ilgili geçici veya kalıcı fonksiyon kayıpları; kişilikle ilgili değişiklikler; bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona bağlı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyorum.

Sağlığımla ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine - itiraz hakkımız olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

Önerilen Tedavinin İçeriği:

Yapılacak tedavi; hastalık tanısı konulan omuz eklemine ve çevresindeki yapılara, küçük kesilerden, kamera ve çeşitli cerrahi aletlerle girilerek, tanı koyucu, tamir edici veya hastalıklı dokuyu temizlemek/çıkarmak için yapılacak olan omuz artroskopisi adı verilen işlemdir. Ameliyat sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon görmek gerekebilir ve bu süreç de ameliyatın başarısını etkiler.



OMUZ ÇIKIKLARI / OMUZUN STABİL OLMAMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.82
Yayın Tarihi	17.11.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa no	3/2

Önerilen Tedavinin Amacı Ve Başarılı Olma Şansı:

Tedavinin amacı hastanın omzundaki tekrarlayan çıkıkları veya çıkma hissini veya omuzun stabil olmamasını gidermek, doğal, anatomik yapıları tamir etmektir.

Önerilen Tedavinin Avantajları Ve Riskleri:

Günümüzde uygulanan her tedavi yönteminde (cerrahi veya cerrahi olmayan) olduğu gibi bu yöntemin de hastaya getirebileceği bazı avantajlar ve tedaviye özel bir takım riskleri bulunur.

Cerrahi aletler ameliyat sırasında kırılabilir, ekleme zarar verebilir veya kapalı cerrahiden açık cerrahiye geçmek gerekebilir. Omuzda enfeksiyon (iltihap) düşük ihtimalli olsa da görülebilir. Genellikle geçici olsa da omuz çevresinde aşırı şişlik oluşabilir. Bu şişlik veya bazen cerrahi sırasında çok nadiren de olsa, sinir basısı veya harabiyeti nedeniyle, bazı sinirlerin geçici veya kalıcı olarak zedelenmesine yol açabilir. Geçici veya nadiren kalıcı olarak altta yatan nedene de bağımlı olmak kaydıyla, ağrı ve bulgular sürebilir. Yaraların iyileşmesi bazı hastalarda farklılık gösterir ve giriş kesileri çevresinde sertlik, kızarıklık ve kötü görüntülü iyileşmiş yara dokusu ortaya çıkabilir. Özellikle şişman hastalarda, yara iltihabı, akciğer iltihabı, kalp ve akciğer problemleriyle daha sık olarak karşılaşmaktadır. Keza sigara alışkanlığı olan hastalarda kalp-akciğer, yara iyileşmesi gibi konularda daha fazla riskle karşı karşıyadır. Ameliyat sonrası dönemde görülmesi gerekebilecek fizik ve tedavi rehabilitasyon da tedavinin başarısını etkileyecektir. En önemlisi ameliyat öncesi şikayetler (omzun çıkması vs) tekrarlayabilir.

Avantajları:

Az bir ihtimalle açık cerrahiye dönülme riski olsa da artroskopik cerrahi, daha az riskli, iyileşme süreci daha kısa olan ve kozmetik açıdan daha kabul eldir bir görünüme yol açan bir cerrahidir.

Omuzun pek çok yapısı kapalı olarak görüntülenebilmekte ve tedavi edilebilmektedir.

Riskleri:

- Sinir harabiyetine bağlı duyu veya güç kaybı,
- Cerrahi sırasında cerrahi aletlerin kırılması,
- Tamir işlemlerinde omuz içine yerleştirilecek eriyebilen veya eriyemeyen dikiş materyallerinin omuz başını harap edip, kıkırdak harabiyeti yaratması, bunların çıkarılmasına yönelik yeni cerrahi gereksinimi
- Omuzda yeni bir cerrahi ve/veya uzun süreli ilaç kullanılmasını gerektiren iltihap,
- Omuz çevresinde aşırı şişlik
- Ağrı ve bulguların sürmesi, omuzun tekrar çıkması veya omzun tekrar stabil olmayan hale gelmesi
- Omuzda sertlik oluşarak hareket kaybının oluşması ve yeni müdahaleler gerektirmesi
- Bazı yönlerde hareketin (özellikle dışa döndürme) kalıcı kısıtlanması
- Baş üzeri harekette uzun süreli ağrı
- Cerrahiye anormal bir tepki ile artan ağrı ve fonksiyon kaybı
- Cerrahi kesiler çevresinde his kaybı, renk değişikliği ve ağrı
- Anormal yara iyileşmesi tepkisi ile kalınlaşmış ve kötü görümlü yara
- Şişman ve/veya sigara içen hastalarda artmış, enfeksiyon, kalp-akciğer problemleriyle karşılaşma veya yaranın geç iyileşmesi

Önerilen Tedavinin Varsa Alternatifleri:

Omuza açık cerrahi tedavi yöntemleri yapılabilir veya cerrahi dışı ilaç ve fizik tedavi rehabilitasyon uygulamaları tercih edilebilir.

Önerilen Tedavinin Potansiyel Sonuçları:

Hastalığın evresi, tipi, ortaya çıkış süresi uygulanan tedavinin sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Hangi evrede hangi tedavinin seçileceğine hastanın yaşına, beklentilerine, şikâyetlerine ve klinik olarak durumuna bakılarak karar verilir. Genelde yüksek başarı oranı bulunmakla beraber hastalığın tekrarlaması veya ilerlemesi görülebilir.

Tedavinin Rededilmesi Durumunda Ortaya Çıkabilecek Riskler Ve Yararlar:

Hastalık ilerledikçe uygulanacak tedaviler daha karmaşık hale gelir ve başarı şansları düşebilir. Ancak omuz hastalıklarının hangi kriterlere göre ve ne hızda ilerlediği, hastalığa ve hastaya göre değişebilmektedir. Omuzda kireçlenme görülebilir.

İyileştikten Sonra Beklenen Büyük Problemler Ve Normal Yaşamıma Ve Günlük Aktivitelere Dönebilmem İçin Gerekli Olan Süre:

Ameliyattan sonra bir süre omuz-kol askısı veya benzeri tespitlerin kullanılması gerekebilir. Mümkün olduğu kadar erken harekete başlanması hedeflense de başlangıç aşamasında kontrollü pasif hareketler ancak tercih edilecektir. Bunların çoğu ameliyat sonrasında ameliyatı gerçekleştiren ekip tarafından belirlenecek ve netleşecektir

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, 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.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum ve yapılacak girişime onay veriyorum.



OMUZ ÇIKIKLARI / OMUZUN STABİL OLMAMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.82
Yayın Tarihi	17.11.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa no	3/3

- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : 30 – 45 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: