



## ASHILOPLASTİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.93
Yayın Tarihi	20.02.2013
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa No	2/1

**Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi**

### **Ameliyatın Yapılma Amacı :**

Bu ameliyatla Sol ..... Sağ..... ayağınızdaki, ayağınızda bulunan ve şekil ve fonksiyon bozukluğu yapan ekin deformitenize neden olan aşiltendonunuzda ki gerginlik düzeltilecektir. Bu ameliyatla ayak bileği arkasından uygun insizyon ile girilip aşiltendonuna ulaşılacak ve gerekli düzeltme yapılacaktır.

### **Ameliyat Ve Tedavi Süreci :**

Ameliyat sonrası antibiyotik (mikrop önleyici) ve ağrı kesici tedaviler uygulanacaktır. Ameliyat sonrası yapacağınız fizik tedavi egzersizleri en az ameliyatınız kadar önemlidir ve sizin eski hareket kabiliyetinize en üst düzeyde kavuşmanıza yardımcı olacaktır. Ameliyat sonrasında bacağınıza alçı uygulanacaktır. Ameliyatın seyrine göre ameliyat esnasında sızma tarzındaki kanamaları dışarı aktarmak için ameliyat sahasına dren konabilir. Ameliyata bağlı kan kayıplarınız gerektiğinde damar yolu ile verilerek yerine konacak olup ameliyat sonrası beslenme durumunuz bize yardımcı olacaktır.

Bu ameliyat ile ilgili olarak yapacağınız egzersizler evde kullanacağınız ilaçlar, fizyoterapist tarafından tarif edilecek yapmamanız gereken hareketler, sorumlu doktorunuzun size ameliyat sonrasında planlayacağı kontrollerinize gelmek sizin sorumluluklarınızdır. (örn. uygulanan tedavi şemasına özen gösterme, araştırmacının önerilerine uyma, ilaç kutularını getirme, vb.) . Ameliyatta çıkartılan doku örneği patoloji laboratuvarına gönderilecek olup kontrollerinize patoloji raporunuzla gelmeniz uygun olacaktır.

### **Ameliyat Sonrası Riskleri / Komplikasyonları :**

Bu ameliyatta ve sonrasında; ağrı, enfeksiyon riski, yara yerinde iz kalması, aşırı kötü doku ile iyileşme riski, ileriki zamanlarda tendonun rüptüre olması gibi riskler ve rahatsızlıklar söz konusu olabilir.

### **Ameliyat Sonrası Beklenen Yararları :**

Sizin için beklenen yararlar; ayak bilek hareketlerinin tekrar eski haline dönüştürülmesi olacaktır.

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

**İşlemin Tahmini Süresi :** 60 – 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:

.....  
.....

## AŞİLOPLASTİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.93
Yayın Tarihi	20.02.2013
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa No	2/2

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

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi ..... Tel.No:..... İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. .... Tel.No:..... İmza:
<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:
<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza: