

FASYOTOMİ İŞLEMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.99
Yayın Tarihi	02.04.2014
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta,Sayın Veli / Vasi

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Bu form, çoğu hastanın pekçok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir. Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır.

Önerilen Tedavi Protokolü Fasyotomi (cerrahi olarak kompartmana girmiş ekstremitenin cilt-cilt altı dokularının kesilerek basıncın azaltılması)

Önerilen Tedavinin Beklenen Yararları

Mevcut ekstremitenin dolaşımının yeniden sağlanarak kurtarılması

Önerilen Tedavinin Riskleri

- Anesteziye bağlı sorunlar
- Ameliyat sonrası ağrı
- Ameliyat yerinde enfeksiyon
- Yara yerinde oluşabilecek enfeksiyonun vücuda yayılması ve ölüm
- Yara izi (kozmetik sorunlar)
- Damar hasarı
- Sinir hasarı
- Uzun süre hastanede yatış
- Psikiyatrik problemler

Gereksinim Duyulabilecek Ek İşlemler: Ameliyat esnasında damar ve sinir hasarına bağlı olarak ek cerrahi insizyon sahalarının açılması, ileri dönemde cilt grefti gereksinimi.

Olası Diğer Tedavi Seçenekleri: Amputasyon (mevcut ekstremitenin kesilmesi)

Önerilen Tedaviyi Ertelemenin Sonuçları

- Amputasyon
- Ekstremitte nekrozu
- Cilt yaraları
- Ağrının devam etmesi
- Geri dönüşümsüz sinir ve damar hasarı oluşumu

Önerilen Tedaviyi Reddetmenin Sonuçları

- Ölene kadar ağrılı ve sıkıntılı yaşam
- Ekstremitenin fonksiyonel ve anatomik kaybı

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 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.



FASYOTOMİ İŞLEMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.99
Yayın Tarihi	02.04.2014
Rev.No	01
Rev.Tarihi	24.01.2017
Sayfa no	2/2

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: