



# Özel EKOL HASTANESİ

## ONAM FORMU



**Klinik Adı:**

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Baba Adı:**

**Ana Adı:**

**Doğum Tarihi:**

**TC Kimlik No:**

### 1.HASTANIN DURUMU

### 2.HASTALIĞIN TANIMI ÖZELLİKLERİ

### 3.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN İÇERİĞİ

**Uygulama öncesi:**

**Uygulama:**

- Kol askıyla boyuna asılır.
- Sargılarla klavikula (köprücük kemiği) aşağı bastırılarak tespit edilir.
- Osteosentez :cerrahi olarak çıkığın redüksiyon yapılır ve internal tespit materyallerinden biriyle tespit edilir.(kirchner teli veya vida ile tespit)
- Gec dönemde distal klavikule rezeksiyonu ve akromioklavikular eklem artrodezi yapılır.

**Uygulama sonrası:**

**Uygulamayı kim yapacak?**

### 4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

- İyileşme sürecinin kısalması
- Ağrı kontrolü
- Hareket kısıtlılığının giderilmesi
- Oluşabilecek kozmetik sorunların giderilmesi

### 5.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

- Konservatif tedavinin herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- Cerrahi sırasında damar-sinir yaralanması
- Şikayetlerin geçmemesi
- Ameliyat sonrası ağrı
- Ameliyat yerinde enfeksiyon
- Yara izi
- Yara yerinde uyuşukluk

### 6.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİ SIRASINDA GEREKSİNİM DUYABİLECEK EK GİRİŞİMLER VE RİSKLERİ:

- Cerrahi düşünülüyorsa kan ve kan ürünleri
- Ek radyolojik işlemler

### 7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VETA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK RİSKLER:

- Konservatif tedaviler ( Askı,Sargı vb)
- Fizik tedavi seçenekleri

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.39	01.01.2008	02	29.01.2016	1 / 3



# Özel EKOL HASTANESİ

## ONAM FORMU



### 8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI SORULAR

### 9.BAŞARI OLASIĞI

### 10. ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VEYA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLCEK RİSKLER

- Ağrı
- Hareket kısıtlılığı
- Postur bozukluğu
- Vasküler ve sinir sıkışmasına bağlı sorunlar

Minimum ameliyat süresi 60 dk – Maksimum ameliyat süresi 90 dk dır.

Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

Ben ....., bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;  
Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Hastanın bilinci kapalı

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme yetisi yok

Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

• 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,

• Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

### Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya "Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok." yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.39	01.01.2008	02	29.01.2016	2 / 3