



Özel EKOL HASTANESİ

CALCENEUS KIRIKLARI 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:

- Kırık eklem ile ilişkili değil ve kayma da yoksa alçılama uygulanır
- Kaymış ya da eklem uzanan kırıklarda ameliyat ile kırık ve eklem yerine oturtulur ardından plak vida ya da çivi ile sabitlenir.

Uygulama sonrası:

Uygulamayı kim yapacak?

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

- Kırığın anatomik olarak kaynamasını sağlamak
- Deformiteye engel olmak

5.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

- Alçı içindeki ekstremiteye yeterli elevasyon sağlanmadığı takdirde gelişebilecek ödem ve dolaşım bozukluğu
- Alçılmaya rağmen kaynamama
- Operasyon gerekli ise ameliyat sonrası yaralanması
- Ameliyat yerinde enfeksiyon
- Yara izi

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

- Kaynamama durumlarında ameliyat gerekebilir.
- İlave röntgen işlemleri

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

- Alçılama veya gerekli ise ameliyat dışında etkili bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır.

8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI RİSKLER

9.BAŞARI OLASIĞI

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

Tedavi/Girişim Erteleme Durumunda

- Kaynamama
- Ağrı ve yürüyememe
- Yanlış kaynama ve deformite gelişimi
- Trombo – emboli gelişimi
- Tedavinin daha zorlu bir ameliyat gerektirmesi

Tedavi /girişim Red Etme Durumunda

- Deformite gelişimi
- Yürüme güçlüğü
- Ağrılı ayak

Minimum ameliyat süresi 30 dk - Maksimum ameliyat süresi 150 dk dır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.42	01.01.2008	02	29.01.2016	1 / 3



Özel EKOL HASTANESİ

CALCENEUS KIRIKLARI ONAM FORMU



Sayın Hasta/Hasta Velisi/Vasi: Tıbbi durumunuz ve hastalığınız tedavisi için size tavsiye edilen, cerrahi tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınız. Bilgilendirme formu kapsamında tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalelerin yararını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine sizin kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak veya endişelendirmek değildir. Amacımız sağlığınıza ilgili konularda sizi daha iyi bilgilendirmek ve kendinizle ilgili olan bu karara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ilgili bilgiler size veya uygun gördüğünüz bir yakınınıza verebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluklar dışında bilgilendirmeyi reddetme hakkına da sahipsiniz.

Bilgilendirilmiş Onam Broşürünü okudum. Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi için yapılması önerilen girişimsel tetkikler konusunda bilgi aldım. Girişimsel tetkiklerin hastalığıma tanı konmasındaki etkinliği ve olası riskleri etraflıca anlatıldı.

Benim için planlanan tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendim. Bu tetkik ve tedaviyi reddettiğim zaman sağlımı tehdit edici başka hangi tehlikelerin doğabileceği etraflıca anlatıldı. Bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda da doktorum tarafından bilgilendirme formu ile bilgilendirildim. Bu açıklamanın ışığında sağlığıma kavuşabilmem için yukarıda belirtilen tüm tıbbi ve tanısal yöntemlerin şahsıma uygulanması konusunda doktoruma ve diğer tıbbi ekibe tam yetki veriyorum.

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:			
<input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı	<input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük	<input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok	<input type="checkbox"/> 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.42	01.01.2008	02	29.01.2016	2 / 3