



**Özel Ekol Hastanesi**  
**UVULEKTOMİ (KÜÇÜK DİL CERRAHİSİ)**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



<i>Doküman No</i> HD.RB.233	<i>Yayın Tarihi</i> 02.06.2026	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 1 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

**Klinik Adı:**  
**Hastanın Adı-Soyadı:**  
**Doğum tarihi:**  
**Dosya No:**

**Ana adı:**  
**Baba adı:**  
**TC Kimlik No:**

**Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;**

Bu form; küçük dil (uvula) büyümesi, horlama, uyku apnesi, kronik irritasyon, yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu veya diğer tıbbi nedenlerle planlanan uvulektomi işlemi hakkında hastanın/velinin bilgilendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Uvula (küçük dil), yumuşak damağın arka kısmında bulunan ve yutma ile konuşma fonksiyonlarında rol oynayan bir yapıdır. Bazı durumlarda büyüyerek veya uzayarak hava yolunu daraltabilir, horlama ve uyku sırasında solunum problemlerine neden olabilir.

**İşlemin Amacı**

Hava yolu açıklığını artırmak, horlamayı azaltmak, uyku apnesi tedavisine katkı sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır.

**Uygulanacak İşlemin Tanımı**

İşlem lokal veya genel anestezi altında gerçekleştirilir. Küçük dilin tamamı veya bir kısmı çıkarılabilir. Gerekirse ek yumuşak damak işlemleri uygulanabilir.

**Olası Riskler ve Komplikasyonlar**

Kanama, enfeksiyon, ağrı, yutma güçlüğü, ses değişikliği, anesteziye bağlı komplikasyonlar ve nadiren ek cerrahi gereksinimi.

Gerekli görülen durumlarda spiral çıkarılması veya ek girişim uygulanması gerekebilir.

**Alternatif Tedaviler**

Medikal tedavi, kilo kontrolü, CPAP cihazı kullanımı, takip ve diğer KBB cerrahi yöntemleri.

**Tahmini Süre**

İşlem ortalama 20–45 dakika sürmektedir.

**İşlem Sonrası**

- Boğaz ağrısı görülebilir.
- Yumuşak gıdalar önerilir.
- Kontrol muayenelerine düzenli gelinmelidir.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği:**

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığımızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

**Tedaviyi Reddetme Hakkı**

Bu işlemi kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Ancak işlemin reddedilmesi durumunda yukarıda belirtilen olası riskler tarafınıza anlatılmıştır.



# Özel Ekol Hastanesi

## UVULEKTOMİ (KÜÇÜK DİL CERRAHİSİ)

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.233	02.06.2026	00	-	2 / 3

#### Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında **bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz**.....

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Hekimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Aşağıdaki alana el yazısı ile **“OKUDUM ANLADIM ONAYLIYORUM”** yazılacaktır.

#### HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

(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 işlemi 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:



**Özel Ekol Hastanesi**  
**UVULEKTOMİ (KÜÇÜK DİL CERRAHİSİ)**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



<i>Doküman No</i> HD.RB.233	<i>Yayın Tarihi</i> 02.06.2026	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 3 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 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.

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