

Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Baba adı:

Doğum tarihi:

Ana adı:

TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Endoskopik sinüs cerrahisi sinüslerin çeşitli hastalıklarda endoskopların (ışık taşıyan, görüntü sağlayan borular) yardımıyla uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntemde genellikle ciltte veya ağız içinde kesi yapılmadan burun içerisinde çalışılarak müdahale yapılır. Bu cerrahi sırasında karşılaşılabilecek sorunlar aşağıda sıralanmıştır.

A. ANESTEZİ

Ameliyatın anestezi ile ilgili risklerini lütfen anestezi doktorunuz ile konuşunuz.

B. AMELİYATLARIN GENEL RİSKLERİ

- Akciğerde küçük alanlarda çökmeler (atelektazi) olabilir. Bu durum akciğer iltihaplanmaları kolaylaştırabilir. Bu durumun tedavisi için antibiyotik ve fizik tedavi gerekebilir.
- Bacak damarlarında pıhtılar (derin ven trombozu) ameliyat sonrası bacakta şişlik ve ağrıya neden olabilir. Nadiren bu pıhtılardan kopan parçalar akciğerlere gidebilir ve bu durum ölümle sonuçlanabilecek sorunlara yol açabilir.
- Ameliyat esnasında kalp krizi ve inme riski vardır.
- Aşırı kilolu kişilerde yara yerinin iltihaplanması, akciğer iltihabı, kalp ve akciğer sorunları ve tromboz riski yüksektir.
- Tütün kullanan kişilerde yara yerinin iltihaplanması, akciğer iltihabı, kalp ve akciğer sorunları ve tromboz riski yüksektir.
- Ameliyat sırasında ölüm riski mevcuttur.

C. BU AMELİYATIN RİSKLERİ

- Sinüs hastalıklarının tedavisinde bu yöntemle genellikle iyi sonuç elde edilmekle beraber hastaya ve hastalığa bağlı nedenlerle her zaman istenilen sonuca ulaşamayabilir.
- Ameliyat sonrasında burun kanama ve akıntısıyla karşılaşılabilir.
- Sinüsler göz, beyin zarı ve beyin dokusuyla yakın komşuluk içindedir. Bu nedenle bu oluşumlarla ilgili istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir.
- Göz çevresinde morluk ve şişlikler ameliyat sonrasında bazen karşılaşılabilen durumlardır.
- Ameliyat sonrası çeşitli enfeksiyonlar ve iltihabı olaylarla karşılaşılabilir.
- Beyin zarının delinmesi sonucu burundan sıvı gelişi bazen karşılaşılabilecek durumlardan birisidir.
- Nadiren olabilecek sorunlar göz kaslarında zedelenmeyle beraber gözde kaymalar ve çift görme, göz sinirlerinde hasar olması sonucu, görme kaybı, büyük damarlarda zarar sonrası felçler ve hatta ölüm bildirilmiştir.

Doktorum bana tıbbi durumunu ve önerilen ameliyatı anlattı. İşlemin risklerini ve muhtemel sonuçlarını anladım. Doktorum bana diğer tedavi seçeneklerini ve onların risklerini açıkladı. Aynı zamanda bu ameliyatı olmadığım zaman karşılaştığım riskleri de anlattı.

Doktorum hastalığım ile ilgili sorunları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.

Ameliyat sırasında alınan doku örneklerinin, bazı testler yapılmak üzere belirli bir süre korunabileceğini biliyorum. Ameliyat sırasında fotoğraf veya video çekilebileceği ve bunun daha sonra sağlık profesyonellerinin eğitimi amacı ile kullanılabileceği anlatıldı.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.24</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>02</i>	<i>28.01.2016</i>	<i>1 / 2</i>



Ameliyat ile mevcut durumumda düzelme sağlanmasının garantisi olmadığını biliyorum.
Bütün bu bilgiler ışığında:

AMELİYAT OLMAYI KABUL EDİYORUM.

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:

- 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.

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.24	01.01.2008	02	28.01.2016	2 / 2