



Hastanın Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Ana Adı:

1.HASTANIN DURUMU:

2.HASTALIĞIN TANIMI/ÖZELLİKLERİ:

3.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN İÇERİĞİ:

Konservatif tedavi: *Velpau bandaj *Abduksiyon ateli *Uateli veya Kol gövde sargı *Hanging cast
*Fonksiyonel açılama veya Breysleme

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

Humerusun bu bölgesinde görülen kırıklarda değişik tedavi metotları ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir.

5.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

- Konservatif tedavinin başarısız olması
- Genel anestezi ve cerrahi riskler
- Cerrahi tedavi ile damar –sinir yaralanması
- Cerrahi veya konservatif tedavi ile kırığın kaymaması

6.ÖNERİLEN GİRİŞİM TEDAVİ SIRASINDA GEREKSİNİM DUYULABİLECEK EK GİRİŞİMLER VE RİSKLERİ

- Seçilen tedavinin bir başka tedavi ile değiştirilmesi
- Postoperatif rehabilitasyon

7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN VARSA ALTERNATİFLERİ, BU ALTERNATİFLERİN YARARLARI VE RİSKLERİ Cerrahi tedavi: - Plak vida -İntramedüleller çivi -External Fiksator (Özellikle açık kırıklarda)

8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR :

9.BAŞARI OLASILIĞI:

10.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VEYA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA

ÇIKABİLCEK RİSKLER: Yanlış kaynama, Kaynamama, Enfeksiyon, Sinir lezyonu, Damar lezyonu.

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: <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.26	01.01.2008	02	28.01.2016	1 / 2