



Özel EKOL HASTANESİ
HUMERUS DİSTAL UÇ KIRIKLIKLARI
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Hastanın Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Ana Adı:

1.HASTANIN DURUMU:

2.HASTALIĞI TANIMI /ÖZELLİKLERİ:

3.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN İÇERİĞİ:

Cerrahi Tedavi ;

Açık redüksiyon internal fiksasyon

External Fiksator (Özellikle açık kırıklarda)

Perkütan çivileme

Eksizyon

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI :

Şifa, Komplikasyonların Önlenmesi, Kırıgın eski durumuna yakın kaynaması

5.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

- Konservatif tedavinin başarısız olması
- Genel anestezi ve cerrahi riskler
- Sonradan gelişebilecek komplikasyonlar
- Damar –sinir yaralanması
- Dirsek ekleminde kısıtlılık

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

7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN VARSA ALTERNATİFLERİ, BU ALTERNATİFLERİN YARARLARI VE RİSKLERİ: Konservatif tedavi , Uzun kol alçı ateli , Traksiyon

8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR BAŞARI OLASILIĞI:

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

Yanlış kaynama, Posttravmatik artrit, Kaynamama, Hareket kısıtlılığı, Enfeksiyon, Osteonekroz, Sinir lezyonu, Kubitus valgus (Dirsek ekleminde eğrilik) , 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:

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:

• 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.25	01.01.2008	02	28.01.2016	1 / 2