



Hastanın Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

TC Kimlik No:

Ana Adı:

1.HASTANIN DURUMU:

2.HASTALIĞIN TANIMI/ÖZELLİKLERİ:

3.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN İÇERİĞİ: Tendon kılıfına cerrahi gevşetme

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

Ağrının azaltılması, Deformitenin düzeltilmesi, Eklem hareketlerinin maksimum kazandırılması

5.ÖNERİLEN GİRİŞİM /TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

Sinir yaralanmasına bağlı sinirin innerve ettiği sahada uyuşukluk olabilir.Bu durum kalıcı olabilir.

Turnike kullanımına bağlı kas ve sinir yaralanması,turnike uygulanan yerde nekroz

İnsizyon yerine kalıcı olabilen uyuşukluk ,renk değişikliği

Bazı insanlarda yara iyileşmesindeki bozukluğa bağlı oluşan iyileşme dokusu sert,kırmızı ve ağrılı olabilir.Yara yeri enfeksiyonu .

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

Kötü yara iyileşmesi nedeniyle skar dokusu eksizyonu, Enfeksiyon gelişmesi halinde antibiyotik tedavisi

Fizik tedavi, Yara bakımı ve pansuman

7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN VARSA ALTERNATİFLERİ, BU ALTERNATİFLERİN YARARLARI VE

RİSKLERİ: Fizik tedavi (germe egzersizleri), Tendon kılıfına steroid enjeksiyonu

8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR:

9.BAŞARI OLASILIĞI:

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

ÇIKABİLECEK RİSKLER:

Deformite , Devam eden ağrı, Hareket kısıtlılığı

Minimum ameliyat süresi 30 dk. – Maksimum ameliyat süresi 45 dk.' dır.

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.44	01.01.2008	02	29.01.2016	1 / 2