



Özel EKOL HASTANESİ
GONARTROZ (DİZ PROTEZİ)
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No:

1) HASTANIN DURUMU :

2) HASTALIĞIN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ :

3) ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN İÇERİĞİ

* Diz protezi: Diz eklemine yeniden düzenlenerek uyluk alt uç ve tibia üst kısımlarının çıkarılması yeniden protez konulması

4) ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

* Dizlerde ağrının ortadan kalkması

* Ağrının eşlik ettiği psikolojik problemlerin giderilmesi

* Hareket edebilme kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğinin daha rahat sürdürülebilmesi

5) ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

* Ameliyat sonrası dönemde ağrı

* Ameliyat esnasında fazla kan kaybı ve buna bağlı sorunlar

* Damar sinir yaralanmaları ve buna bağlı sorunlar

* Yara yeri enfeksiyonu

* Protez enfeksiyonu ve enfeksiyona yönelik tedavi

* Postop dönemde protez luxasyonu ve olası tekrar cerrahi gereksinimi

* Prottez ve çevresi kemik dokuda kırılma ve tekrar cerrahi gereksinim

* Diz eklemde boşluk hissi

* Yara yerinde hematoma birikimi olası tekrar cerrahi gereksinim

6) ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİ SIRASINDA GEREKSİNİM DURULABİLECEK GİRİŞİM VE RİSKLER

* Kan ve kan ürünleri ihtiyacı

* Yara yeri hematoma drenajı için dren takılması

* Operasyon öncesi ve sonrası röntgenografik tetkik

7) ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VEYA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK RİSKLER

* Diz eklemde zamanla daha kötüye giden gidişat * Günlük sosyal aktivitelerde kısıtlamalar

* Sosyal ve psikolojik sorunlar

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:

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.47	01.01.2008	03	01.02.2016	1 / 2