



Özel EKOL HASTANESİ
MİRİNGOTOMİ (PARASENTEZ) VEYA VENTİLASYON TÜPÜ
YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ
RIZA BELGESİ



Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Doğum tarihi:

Sayın hasta, hasta vekili / kanuni temsilcisi,

• Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

• Okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir.

• Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

• Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• Önerilen girişimi / tedaviyi kabul etmemeniz durumunda **TEDAVİ RED** formunu doldurmak zorundasınız.

• Girişim / tedavi için onam belgesini imzalsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. Girişim / tedavi için verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda **TEDAVİ RED** formunu doldurmak zorundasınız.

• Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

• Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

OPERASYONUN/İŞLEMİN ADI: MİRİNGOTOMİ (PARASENTEZ) VEYA VENTİLASYON TÜPÜ YERLEŞTİRİLMESİ

Miringotomi (parasentez) nedir: Kulak zarını delerek zarda minik bir açıklık oluşturmaktır (Bu işlem kulak zarını çizmek olarak bilinir). Bu açıklıktan orta kulakta biriken sıvı boşaltılabilir ve ağrı azaltılabilir. **Delinen yer birkaç gün içinde kendiliğinden iyileşir ve kapanır, kulak zarında herhangi bir kalıcı hasar oluşmaz.**

Kulak tüpü nedir: Bunlar küçük, silindirik şekilde, ortasında kanalı (lümeni) olan, kulak zarına KBB uzmanı tarafından açılan bir deliğe yerleştirilen tüplerdir. Orta kulağa hava geçişine izin verirler. Çeşitli materyallerden (metal, plastik, teflon gibi) yapılmış olanları vardır.

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda, "Orta kulak iltihabı / Orta kulakta sıvı birikmesi / Orta kulak nezlesi " nedeniyle çocuğunuza cerrahi girişim gerektiği kararlaştırılmıştır. Hekiminiz girişimden önce size bu girişimin seyri ve değişik şekilleri, riskleri ile ilgili bilgi verecek, bunun sonunda girişimin yapılması konusunda serbest iradeniz ile karar verebileceksiniz. Bu yazılı form, size yapılacak olan girişim ve buna bağlı komplikasyonlar (girişim sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar) hakkında temel bilgileri açılmak amacıyla hazırlanmıştır.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler:

Orta kulak boşluğunda normalde hava vardır. Orta kulaktaki hava basıncı azaldığında orta kulak boşluğunda sıvı birikir. Bunun sonucunda kulak zarı ve işitme kemikçikleri hareket edemez ve işitme kaybı ortaya çıkar. Girişim orta kulak boşluğunun yeniden havalanmasını ve kulak zarı ile kemikçiklerin yeniden hareket yeteneğini kazanmasını sağlar. Bu girişimi gerektiren durumlar şunlardır:

- Orta kulağın uzun süren havalanma bozukluğu; özellikle büyümüş geniz eti veya damak yanıklarında,
- Tekrarlayan veya müzminleşen burun/sinüs iltihaplarında,
- Geniz boşluğu tümörleri veya kötü nedbe oluşumlarında,
- Kulak zarını aşırı bombeleşiren ve şiddetli ağrıya neden olan, ilaçla kontrole alınamayan, ani başlayan (akut) orta kulak iltihaplarında
- Orta kulakta zank gibi yapışkan bir sıvı varlığında veya tekrarlayan orta kulak iltihaplarında, orta kulak boşluğunun havalandırılması gereklidir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir:

Gerekli olduğu halde orta kulaktaki havalanma bozukluğu düzeltilmezse :

- Kulak zarı ve orta kulakta kalıcı değişiklikler
- Bunlara bağlı kalıcı işitme kayıpları,
- Kronik (müzmin) orta kulak iltihabı, ortaya çıkabilir.

Nasıl bir tedavi / girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir) :

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.104	01.01.2008	03	12.02.2016	1 / 3



Özel EKOL HASTANESİ
MİRİNGOTOMİ (PARASENTEZ) VEYA VENTİLASYON TÜPÜ
YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ
RIZA BELGESİ



Çocuklarda girişim genel anestezi (narkoz) altında yapılır. Narkoz girişimine ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi (narkoz) uzmanı doktor ile görüşebilirsiniz. Erişkinlerde girişim genellikle yüzeysel (kulak zan üzerine püskürtülerek veya zara ilaçlı bir pamukla dokunularak) veya yerel (enjeksiyonla) anestezi ile yapılabilir.

Anesteziyi takiben mikroskop altında kulak zannın genellikle alt kısmına küçük bir delik açılır. Bu delikten orta kulak boşluğundaki sıvı emilir. Gerekirse bu deliğe bir havalandırma tüpü yerleştirilir. Orta kulak havalanma bozukluğunun tedavisi için bugün bilinen başka bir yöntem yoktur. Ancak, girişimin uygulanmasına engel bir durum varsa hasta yakın takipte tutularak ve antibiyotik tedavisi verilerek, bir süre girişim ertelenebilir.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

Sık görülebilen yan etkiler:

- Narkozdan uyanma sırasında, hem huzursuzluk hem de uyku hali olması mümkündür.
- Dış kulak yolundan kısa süre kan veya sıvı akabilir. Bunun önemi yoktur.
- Kulakta çok kısa süreli hafif ağrı veya basınç algılanabilir.

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Kulak zarının çizilmesine bağlı orta kulak iltihabı görülebilir, antibiyotik ile kolayca tedavi edilir.
- Kulağa su / sabun kaçmasına bağlı olarak veya nezle - grip gibi üst solunum yolu enfeksiyonları sırasında orta kulak iltihabı ve kulak akıntısı gelişebilir. Bu akıntılar kulak damlalarıyla kolaylıkla tedavi edilebilir ancak damlalarla düzelmeyen inatçı akıntılarda çok ender olarak tüpü çıkarmak gerekebilir.
- Kulak zan çizilmesinden sonra zar hızla iyileşir. Kulak zannın çizilmesi veya yerleştirilmiş olan tüpün atılmasından sonra kulak zarındaki deliğin kalıcı olma ihtimali son derece azdır.
- Kulak zan delik kaldığı takdirde ameliyatla kapatılması gerekebilir.

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Kalıcı işitme kaybı; işitme kemikçikleri zincirinde bozulma veya iç kulak hasarına bağlıdır.
- Şiddetli kanamalar; büyük bir toplardamarın değişik seyri nedeniyle görülür. Genellikle tampon yapılarak durdurulur.
- Havalandırma tüpünün orta kulak boşluğuna kaçması; ameliyatla çıkarılmalıdır.
- Çok ender olarak birkaç saat kadar, kısa süren baş dönmesi görülebilir. Bu, kendiliğinden iyileşir

İŞLEMİN FAYDALARI:

• **İşlem süresi:.....Saat!...../Dakika sürecektir.** Müdahale sırasında gelişebilecek bir komplikasyona göre belirlenen sürede uzama olabilir. Böyle durumlarda ayrıca Doktorunuz tarafından bilgilendirileceksiniz.

Sormak istediğiniz başka şeyler varsa sorun. Ne zaman isterseniz, hatta bu formu imzaladıktan sonra bile fikrinizi değiştirme hakkınız vardır.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Girişimin uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00'ten sonra çocuğunuza hiçbir şey yedirip içirmememiz gerekir. Ancak kullanmakta olduğu ilaçları ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde su vermeden içirebilirsiniz.

Ameliyattan önceki üç hafta boyunca çocuğunuza herhangi bir asi yaptırmayınız. Eğer aşının mutlaka yapılması gerekiyorsa ameliyatınız aşından üç hafta sonra yapılacaktır.

Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde bu ameliyat yapılamaz. Bu nedenle ameliyat öncesindeki birkaç hafta boyunca gocuğunuzun hasta çocuklarla temas etmemesine, üşütmemesine dikkat ediniz.

Hasta, veli veya vasinin Rıza açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
 - Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
 - Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
 - Tam/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alman örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
 - Doktorum tüm sorularını anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.104</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>03</i>	<i>12.02.2016</i>	<i>2 / 3</i>



Özel EKOL HASTANESİ
MİRİNGOTOMİ (PARASENTEZ) VEYA VENTİLASYON TÜPÜ
YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ
RIZA BELGESİ



- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Toplam 3 sayfadan oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım. Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.

DOKTORUN BEYANI:

1. Hastanın durumunu
2. Tedavi için ihtiyaçlarını
3. Ameliyatın işlemini ve risklerini
4. İlişkili tedavi seçeneklerini ve bunların risklerini
5. Eğer risk gerçekleşirse olası sonuçlarını
6. Hastaya göre değişen özel önemli riskleri ve sonuçları açıkladım
7. Yukarıdaki konular hakkında sorular sorması
8. Her türlü endişesinin giderilmesi için hastaya / yerine karar verecek kişiye fırsat tanıdım;

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

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.104	01.01.2008	03	12.02.2016	3 / 3