



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No:

1.HASTANIN DURUMU

2.HASTALIĞIN TANIMI ÖZELLİKLERİ

3.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN İÇERİĞİ

Kan dolaşım bozukluğuna, enfeksiyon veya travmaya bağlı olarak tedavi edilebilecek durumda olmayan bacağıın, kolun ya da vücudun başka bir bölümün bir parçasının ya da tamamının alınması.

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

Anatomik ve fonksiyonel açıdan hastalıklı ve vücuda zarar veren uzuvdan kurtulma

5.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

- Akciğerinizde küçük bir bölge havalanmayacak şekilde birbirine yapışabilir,bu enfeksiyon riskini artırır.Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ameliyat sırasında fazla kan kaybı ve buna bağlı sorunlar olabilir.
- Bacaklarınızda ameliyat sonrası oluşabilecek pıhtılar ağrı ve şişlik yapabilir.Nadiren bu parça akciğerinize gidebilir ve ölümcül olabilir.
- Anesteziye bağlı sorunlar olabilir.
- Ameliyat ile alınan uzuvdan sonra kalan vücut bölgesi aynı hastalığa bağlı olarak beslenemeyebilir ya da enfekte olabilir.Bu durumda yeniden daha üst seviyesinden amputasyon gerekebilir.
- Bu ameliyat esnasında ölüm olabilir.
- Ameliyat sonrası ağrı olabilir,ameliyat yerinde enfeksiyon gelişebilir.

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

- Kan ve kan ürünleri ihtiyacı gelişebilir.
- Enfeksiyon gelişmesi sonucu antibiyotik tedavisi gerekebilir.
- Yara yerinin iyileşmemesi sonucu bir üst seviyeden amputasyon gerekebilir

7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VETA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK RİSKLER:

8.BAŞARI OLASIĞI

9. ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VEYA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLCEK RİSKLER

- Enfeksiyon gelişmesi ve tüm vücuda yayılması sonucu ölüm,ağrı ve sonuçları,hastalığın ilerlemesi ve amputasyonun daha geniş sınırlarda yapılma zorunluluğu

Minimum ameliyat süresi 60 dk.- Maksimum ameliyat süresi 120 dk.'dır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.38	01.01.2008	02	29.01.2016	1 / 3



Özel EKOL HASTANESİ

AMPUTASYON ONAM FORMU



Bilgilendirilmiş onam broşürünü okudum.

Doktorumdan tıbbi durumum tanı ve tedavisi için yapılması önerilen girişimsel tetkikler konusunda bilgi aldım. Girişimsel tetkiklerin hastalığıma tanı konmasındaki etkinliği ve olası riskleri etraflıca anlatıldı. Benim için planlanan tedavinin yararlarını ve risklerini öğrendim. Bu tetkik ve tedaviyi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi tehlikelerin doğabileceği etraflıca anlatıldı. Bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yönetimin bulunup bulunmadığı konusunda da doktorum tarafından ve bilgilendirme formu ile bilgilendirildim.

Bu açıklamanın ışığında sağlığıma kavuşabilmem için yukarıda belirtilen tüm tıbbi ve tanısal yöntemlerin şahsıma uygulanması konusunda doktoruma ve diğer tıbbi ekibe tam yetki veriyorum.

Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.

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 tetkiki 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:

- 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 almır.

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.38	01.01.2008	02	29.01.2016	2 / 3