



Hastanın Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Ana Adı:

1.HASTANIN DURUMU:

2.HASTALIĞIN TANIMI ÖZELLİKLERİ:

3.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN İÇERİĞİ:

Uygulama Cerrahi tedavi: Karpal tünel gevşetme

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

Ağrının geçmesi, Uyuşukluğun ve güç kaybının düzelmesi, Günlük aktiviteye dönüş.

5.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

Median sinir yaralanması,sinir tamiri için tekrar operasyon gerektirebilir.

Tendon yaralanması,tendon tamiri için tekrar operasyon gerekebilir.

İnsizyon yerine kalıcı olabilen uyuşukluk, renk değişikliği.

Bazı insanlarda yara iyileşmesinde ki bozukluğa bağlı oluşan iyileşme dokusu sert,kırmızı ve ağrılı olabilir.

Yara yeri enfeksiyonu , El bileğinde ağrı zayıflık.

Obesite ve sigara içimi enfeksiyon riskini, kalp ve akciğer komplikasyonlarını,tromboz riskini artırır.

Uyuşukluk ve karıncalanma kalıcı olabilir, Operasyon başarısız olabilir ve tekrarlamak gerekebilir

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

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

Fizik tedavi, Yara bakımı ve pansuman

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

Non –steroid Antienflamatuar ilaç kullanımı Vitamin B6 C kullanımı, Atel ile immobilizasyon

Lokal steroid enjeksiyonu , Fizik tedavi, Tedavisiz izlem ile düzenlenebilir.

8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR:

9.BAŞARI OLASIĞI:

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

Devam eden ağrı (özellikle gece ağrıları), Hareket kısıtlılığı,El ve el bileğinde güçsüzlük,El kaslarında atrofi
Minimum Ameliyat süresi 30 dk. – Maksimum Ameliyat süresi 1 saattir.

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.34	01.01.2008	02	29.01.2016	1 / 2