



**Özel EKOL HASTANESİ**  
FEMUR ŞAFT KIRIĞI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Hastanın Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Ana Adı:

**1.HASTANIN DURUMU:**

**2.HASTALIĞIN TANIMI/ÖZELLİKLERİ:**

**3.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN İÇERİĞİ:**

- Açık redüksiyon internal fixasyon :Kırık kemik uçlarını kırık kemik uçlarını cerrahi olarak açıp yerine oturtulup plak ile tespiti.
- Kapalı redüksiyon intramedüller çivi: Kırığın kemiğin içine medullasına çivi sokularak tespiti
- External fixasyon: Kırık kemiğin dışarıdan çivi ve teller ile tespiti.

**4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:**

Kırık fixasyonu sağlayıp erken dönemde hareket sağlamak, Kırığı sabitleyip kırık iyileşmesini, ağrıyı gidermek Hastayı ayağa kaldırmak yatmaya bağlı oluşabilecek komplikasyonları önlemek.

**5.ÖNERİLEN GİRİŞİM/ TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞAN CİDDİ RİSKLER:**

Kötü kaynama,kaynamama emboli ( diğer sistem organlarına), Enfeksiyon , Hareket kısıtlılığı, Operasyon esnasında kırık hattının damar yapılarına yakınlığı nedeni ile olası damar hasarı.

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

Kan ve kan ürünleri ihtiyacı, Operasyon öncesi ve sonrası grafi, Operasyon öncesi, operasyon sırasında veya sonrasında olası vasküler hasara yönelik girişim, Operasyon sonrası olası kan birikiminin tekrar boşaltılması. Gerekse halinde vücudun diğer bölgelerinden otojen greft alınması.

**7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN ALTERNATİFLERİ BU ALTERNATİFLERİN YARARLARI VE RİSKLERİ**

İskelet traksiyonu ile takip, Alçılama

**8.BAŞARI OLASILIĞI:**

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

Kırığın yetersiz stabilizasyonu ve damar sinir paketine bası ve doğuracağı sonuçlar, Uzun süre yatmaya bağlı bası yaraları, Uzun süreli yatmaya bağlı damar kalp ve akciğer problemleri, Kırığın yanlış kaynaması, Kaynamama.

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.28	01.01.2008	02	28.01.2016	1 / 2