Hastanın Adı Soyadı: **TC Kimlik No:**

Doğum Tarihi: **Baba Adı:** **Ana Adı:**

1.HASTANIN DURUMU:

2.HASTALIĞIN TANIMI/ÖZELLİKLERİ:

3.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN İÇERİĞİ:

Cerrahi olarak aktaki eğriliğin kemiğin kesilerek düzeltilmesi ve kemiğin çivi ya da plak ile tespiti.

Bazı durumlarda çıkıntılı bölgenin (1.metetars başı ve proximal falanksın proksimal bölümü) çıkarılması.

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN /TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

Eğriliğin ve çıkıntının düzeltilmesi, Ağrının giderilmesi.

5.ÖNERİLEN GİRİŞİM /TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

Eğrilikte beklenen düzelmenin sağlanmaması, Damar –sinir yaralanması, Ameliyat sonrası ağrı Ameliyat yerinde enfeksiyon, Yara izi

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

Belirgin olan şişliğin çıkarılması, İlave röntgen işlemleri

7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN VARSA ALTERNATİFLERİ, BU ALTERNATİFLERİN YARARLARI VE RİSKLERİ:

Erken vakalarda geniş ayakkabı ile takip, Erken vakalarda düzeltici parmak arası yastık kullanımı.

8.İYİLEŞME İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR:

9.BAŞARI OLASILIĞI:

10.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VEYA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK RİSKLER:

Şişlik ve eğrilikte artış, Ağrılı nasır oluşumu , Ayak önü mekaniğinde bozukluk ve şiddetli ağrı, Çıkıntılı bölgede bozukluk ve buna bağlı şiddetli ağrı, Yürüme çürüğü.

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: □ 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.

……