



Özel EKOL HASTANESİ

HEMOROİD (KLASİK) ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi :

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu hemoroid tanısı koyan doktorlarım tedavim için Hemoroidektomi ameliyatı önerdiler. Bu ameliyat esnasında makat çevresi ve içindeki hemoroid memelerini alınarak, bu memeleri besleyen damarların bağlanacağı söylendi. Ameliyat dışındaki tedavi seçeneklerinin hastalığın bu evresinde yararı olmadığını ve tevdi almadığım takdirde gelişebilecek sorunları bana anlatılar.

Bu ameliyat ile ilgili aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler tarafıma anlatıldı. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilebilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 del'den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda baş ağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

Ameliyat sırasında ve sonrası derin ven sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğer embolilerine yol açabilirler. Bu ameliyat emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır. Ameliyat sonrasında bağlanan damarlardan kanama gelişebilir ve tekrar ameliyata gerek duyulabilir.

Ameliyatta makatı büzen kaslar zedelenebilir ve bu nedenle %20 dolaylarında geçici (birkaç haftalık) hafif gaz ve/veya dışkı kaçırmaya, %1-2 dolaylarında da kalıcı kaçırmaya riski söz konusu olabilir.

Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir ve en kötü durumda yaygın Fournier kangrenine ve ölüme yol açabilir. Kolostomi veya ileostomi yapılması gerekebilir. Makat işlevleri kalıcı olarak kaydedilir. Bu riskler %1'in çok altındadır.

Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma yukarıdaki ayrıntılı bilgi verildi, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatıldı.

Bunlar gelişti takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda sağlık veya şifayı ulaşılamayacağı bana bildirildi.

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

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedavi özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata balı 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:			

- 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.06	01.01.2008	02	28.01.2016	1 / 2