

**Klinik Adı:**

**Hastanın Adı, Soyadı:**

**Baba adı:**

**Ana adı:**

**Doğum tarihi:**

**Protokol No:**

**A-AMELİYAT VE DURUMLAR**

Aşağıdaki durumlar doktor tarafından tarafıma açıklandı.( hastanın kendi kelimeleri)

Aşağıdaki ameliyat uygulanacaktır.

Timpanoplasti (Kulak zarındaki delik tamir edilecek)

**B-ANESTEZİ**

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanınız ile görüşünüz.

Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

**C-UYGULANACAK İŞLEMLERİN GENEL RİSKLERİ**

- 1.Artmış göğüs enfeksiyonu riski,akciğerin küçük alanlarında sönmeler /çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- 2.Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT) Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
- 3.Kalp ve akciğer zorlanmaya bağlı kalp krizi ve felç.
- 4.İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- 5.Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski,göğüs enfeksiyonu ,kalp ve akciğer komplikasyonları pıhtılaşma.
- 6.Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski , göğüs enfeksiyonu ,kalp ve akciğer komplikasyonları ,pıhtılaşma.

**D-AMELİYATIN RİSKLERİ**

Aşağıda bazı riskler ve komplikasyonlar bulunmaktadır.

- 1.Kulak içinde ve yara içinde kanama ve enfeksiyon oluşabilir.
- 2.Kalıcı ve geçici kulak çınlaması (tinnitus) veya baş dönmesi olabilir.
- 3.Nadiren,operasyon sırasında iç kulak yapılarının zedelenmesine bağlı olarak kısmi veya total işitme kaybı gelişebilir ve bu durum kalıcı olabilir.
- 4.Yüz siniri felci. Nadiren yüz kaslarının geçici veya kalıcı felci oluşabilir.
- 5.İşitmenin düzelmemesi. Operasyon sırasında, kulak zarındaki deliğin ve kulak kemikçiklerinin onarılmasına ve kulak zarının başarılı tamirine rağmen işitmede düzelme olmayabilir.
- 6.Operasyon sırasında, kulak zarındaki deliğin ve kulak kemikçiklerindeki düzensizliğin onarımında başarısızlık olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir.
- 7.Kafa içi komplikasyonlar nadirdir. (beyni saran zar ve beyin etrafındaki damarlar yanabilir. enfeksiyon ve kanama gelişebilir)
- 8.Tat duyusu değişiklikleri olabilir.
- 9.Kulak kepçesi etrafında geçici veya kalıcı his kaybı olabilir.
- 10.Kesi yerinde anormal skar dokusu (normal dokudan kalın, kırmızı renkte)gelişebilir ve bunun için tekrar operasyon gerekebilir.

**E- ÖNEMLİ RİSKLER VE KONU İLE İLGİLİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ**

Doktor, benim için önemli riskleri problemleri ve komplikasyon gelişirse olabilecek sonuçları tarafıma anlatarak açıkladı.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.21</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>02</i>	<i>28.01.2016</i>	<i>1 / 3</i>

Doktor, konu ile ilişkin tedavi seçeneklerini açıklamasının yanında ameliyat dışında gelişebilecek riskleri de açıkladı.

### F-HASTA İZİNİ

Şunları kabul ediyorum:

Doktor, tıbbi durumunu ve uygulanacak prosedürleri açıkladı. Uygulanacak işlemlerin risklerini, bana özgü olabilecek riskleri ve olası sonuçları anladım.

Doktor, konu ile ilgili diğer tedavi seçeneklerini ve ilişkili riskleri açıkladı. Doktor prognozumu ve ameliyat dışında gelişebilecek riskleri de açıkladı.

Doktor anestezi risklerini ve anestezi riskini artıran faktörü açıkladı.

Durumun, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktor sorular sorabildim. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum.

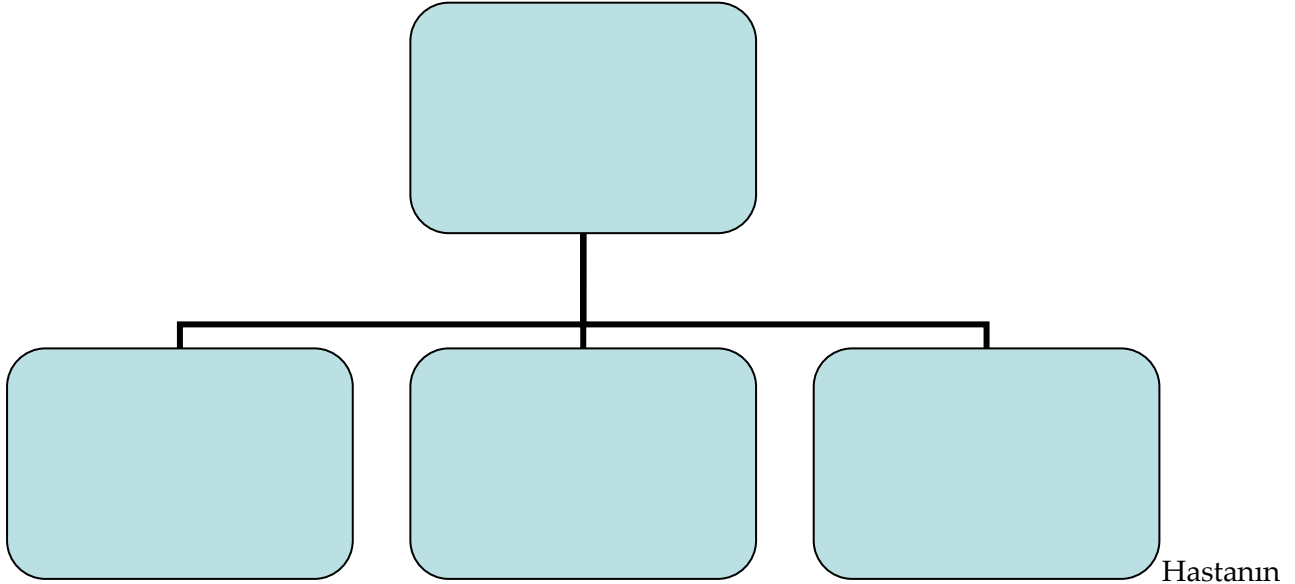
Damarlardan kan verilme ihtiyacı da olabilecek bu prosedürü /ameliyatı anladım.

Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil hayatı tehdit eden durumlar ve nasıl müdahale edilebileceğini anladım.

Yukarıdaki ifadelere dayanarak,İŞLEMLERİN /AMELİYATIN YAPILMSINI RİCA EDERİM.

### G.DOKTOR BELGESİ

Aşağıdakileri açıkladım:



Durumu

Tedavi ihtiyacını

İşlemlerin risklerini

Tüm görülebilecek risklerin olası sonuçlarını

Hastaya özgü problemler ve önemli riskleri

Hastaya /ailesine/ karar veren vekil kişiye aşağıdaki fırsatlar verildi,

Yukarıdaki konularla ilgili soru sorma

Diğer kaygılar ile ilgili soru sorma

Ve bunları hasta tatmin olacak şekilde tamamen açıkladım. Düşünceme göre hasta /ailesi / karar veren vekil yukarıdaki bilgileri anladı.

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:

Hastanın bilinci kapalı

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme yetisi yok

Acil

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.21	01.01.2008	02	28.01.2016	2 / 3



**Özel EKOL HASTANESİ**  
TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ ONAM FORMU



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.21	01.01.2008	02	28.01.2016	3 / 3