



Özel Ekol Hastanesi

LAMİNEKTOMİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HD.RB.225	15.01.2025	00	-	1 / 4

Klinik Adı:

Hastanın Adı-Soyadı:

Doğum tarihi:

Dosya No:

Ana adı:

Baba adı:

TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Bu belge; omurga cerrahisi kapsamında planlanan laminektomi ameliyatı hakkında hastayı ayrıntılı şekilde bilgilendirmek, işlemin tüm yönlerini açıklamak ve hastanın özgür iradesiyle onam vermesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu form Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Medeni Kanunu ve Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda düzenlenmiştir.

Hastalığın Tanımı ve Patofizyolojisi

Laminektomi gerektiren durumlar genellikle omurilik veya sinir kökleri üzerinde baskıya neden olan dejeneratif omurga hastalıklarıdır. Omurga kanalında daralma (spinal stenoz), disk hernileri, kemik çıkıntılar (osteofitler), bağ dokusu kalınlaşmaları ve bazı tümör veya kist oluşumları sinir yapılarında baskıya yol açabilir. Bu baskı; bel, sırt veya boyun ağrısı, bacaklara veya kollara yayılan ağrı, uyuşma, güçsüzlük ve yürüme bozukluğu gibi şikâyetlere neden olur.

Hastalığın Nedenleri

- Yaşa bağlı omurga dejenerasyonu
- Bel veya boyun fitikleri
- Spinal kanal darlığı (spinal stenoz)
- Travmalar
- Omurga tümörleri veya kistleri
- Enfeksiyonlara veya romatizmal hastalıklara bağlı yapısal değişiklikler

Planlanan İşlemin Tanımı (Laminektomi)

Laminektomi, omurgayı oluşturan kemik yapıların arka kısmında yer alan lamina adı verilen bölümlerin cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Bu sayede omurilik ve sinir kökleri üzerindeki baskı ortadan kaldırılır. İşlem tek başına yapılabileceği gibi, gerekli durumlarda diskektomi, foraminotomi veya füzyon (vida-plak) ameliyatları ile birlikte uygulanabilir.

Ameliyatın Amacı ve Beklenen Faydalar

- Omurilik ve sinir kökleri üzerindeki basının kaldırılması
- Ağrı, uyuşma ve güç kaybının azaltılması
- Yürüme kapasitesinin ve günlük yaşam aktivitelerinin artırılması
- İlerleyici sinir hasarının önlenmesi
- Yaşam kalitesinin artırılması

Ameliyat Nasıl Yapılır?

Ameliyat genel anestezi altında yapılır. Hasta yüzüstü pozisyonda yatırılır. İlgili omurga seviyesinde cilt ve kas dokuları geçilerek lamina yapıları ortaya konur. Baskı oluşturan kemik ve yumuşak dokular çıkarılır. Gerekli görülürse omurganın stabilitesini sağlamak için vidalı sistemler uygulanabilir. Ameliyat sonunda dren yerleştirilebilir.

İşlemin Yapılmaması Durumunda Ortaya Çıkabilecek Sonuçlar

- Ağrı ve nörolojik şikâyetlerin artması



Özel Ekol Hastanesi

LAMİNEKTOMİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.225	15.01.2025	00	-	2 / 4

- Kalıcı sinir hasarı ve güç kaybı
- Yürüme bozukluğu ve günlük yaşam aktivitelerinde ciddi kısıtlılık
- İdrar ve dışkı kontrol problemleri (ileri olgularda)
- Yaşam kalitesinde belirgin düşüş

Alternatif Tedavi Seçenekleri

- İlaç tedavileri (ağrı kesiciler, kas gevşeticiler)
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon
- Epidural enjeksiyonlar
- Daha sınırlı cerrahi girişimler (mikrocerrahi, endoskopik yöntemler)

Ameliyatın Riskleri ve Olası Komplikasyonlar

- Kanama ve hematom oluşumu
- Enfeksiyon
- Omurilik veya sinir kökü yaralanması
- Beyin-omurilik sıvısı kaçağı
- Felç gelişmesi (çok nadir)
- Ağrının devam etmesi veya artması
- Omurgada instabilite ve ikinci bir ameliyat ihtiyacı
- Anesteziye bağlı riskler (kalp-damar, solunum problemleri, nadiren ölüm)

Başarı Oranı ve Uzun Dönem Sonuçlar

Laminektomi ameliyatının başarı oranı hastalığın nedenine, süresine ve hastanın genel sağlık durumuna bağlıdır. Birçok hastada ağrı ve nörolojik şikâyetlerde belirgin azalma sağlanır. Ancak sinir hasarı uzun süredir mevcutsa tam düzelme her zaman mümkün olmayabilir.

Ameliyat Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Ameliyat öncesi belirlenen süre aç kalınmalıdır
- Kan sulandırıcı ilaçlar hekimin önerisine göre kesilmelidir
- Mevcut hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve alerjiler bildirilmelidir
- Gerekli görüntüleme ve tetkikler eksiksiz yapılmalıdır.

Ameliyat Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Erken dönemde kontrollü mobilizasyon yapılacaktır
- Yara bakımı ve hijyen kurallarına uyulmalıdır
- Fizik tedavi programı önerilebilir
- Ani güç kaybı, şiddetli ağrı, ateş veya idrar-dışkı problemlerinde acil başvurulmalıdır.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği:

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığımızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

Tedaviyi Reddetme Hakkı

Bu ameliyatı kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Ancak tedavinin reddedilmesi durumunda yukarıda



Özel Ekol Hastanesi

LAMİNEKTOMİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.225	15.01.2025	00	-	3 / 4

belirtilen olası sağlık sorunlarının ilerleyebileceği tarafınıza anlatılmıştır.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında **bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz**.....

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Aşağıdaki alana el yazısı ile “OKUDUM ANLADIM ONAYLIYORUM” yazılacaktır.

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

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.

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya “Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey



Özel Ekol Hastanesi

LAMİNEKTOMİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.225	<i>Yayın Tarihi</i> 15.01.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 4 / 4
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

yok.” yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....