



Özel EKOL HASTANESİ

ANAL FİSSÜR AYDINLATILMIŞ 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 anal fissür tanısı koyan doktorlarım tedavim için Lateral internal sfinkteromi ameliyatını önerdiler.

Ameliyat dışında tedavi seçeneği olmadığını ve tedavi olmadığım takdirde gelişebilecek sorunları bana anlattılar. Bu ameliyat ile ilgili aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler tarafıma anlattılar.

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek 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 anesteziyeye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1'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 ölüm riski söz konusu olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

2. Ameliyat sırasında ya da sonrasında derin ven sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğer embolilerine yol açabilirler. Bu ameliyatta emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır.

3. Ameliyatta makatı büzen kaslardan biri kesilecektir. Bu nedenle %20 dolaylarında geçici (birkaç haftalık) hafif gaz ve /veya dışkı kaçırma %1/2 dolaylarında da kalıcı kaçırma söz konusudur.

Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma (tarafımıza) ayrıntılı bilgi verilmiş, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatılmıştır.

Bunlar geliştiği takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda salah veya tam şifaya ulaşamayacağı bana bildirildi.

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

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyat bağlı 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:

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.

.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.08	01.01.2008	02	28.01.2016	1 / 2