

Hasta Adı Soyadı :

Tarih :

Protokol No:

**TANI/TEDAVİ HAKKINDA BİLGİ:**

..... Hastalığınızdan dolayı hastanemizde küçük cerrahi girişim yapılmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviyi siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde yapacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilernenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız. Eğer kabul ederseniz size doktorunuz.....tarafından küçük cerrahi girişim ameliyathanede veya acil serviste uygulanacaktır. Küçük cerrahi girişim yapılacak bölge ve türüne göre değişmekle beraber minimum 30 dakika, maksimum 60 dakika sürmektedir. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

**Küçük Cerrahi Girişim:** Cilt, cilt altı, kas, bağ ve kirşlerin bütünlüğünün sağlanması ve bunların fonksiyonlarını sürdürmek için açık yaralarda/yaralanmalarda; kötü-kirli dokuların ve yabancı cisimlerin çıkartılarak yaranın temizlenip gerekirse kapatılması işlemidir. Bu işlem, doktorunuzun tanısını koyduğu lezyonu, lokal anestezi madde ile uyuşturulduktan sonra uygun cerrahi yöntem ile keserek uzaklaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Yapılan kesi, girişim sonrası uygun suture materyali ile dikilmektedir.

**İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Cilt, cilt altı, kas, bağ ve kirşlerin bütünlüğünün sağlanması ve bunların fonksiyonlarını sürdürmek için açık yaralarda/yaralanmalarda; kötü-kirli dokuların ve yabancı cisimlerin çıkartılarak yaranın temizlenip gerekirse kapatılması sağlanır.

**CERRAHİ İŞLEM KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ**

Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi, bu işlemde de bazı komplikasyon riskleri mevcuttur. Uygulanan anestezi maddeye bağlı alerjik reaksiyonlar ve yara yerinde kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalması, iyileşme sonrası ciltte açık veya koyu renk değişiklikleri, lezyonun tamamen çıkarılamayıp kısmen sebat etmesi ya da tekrarlaması, işlem sırasında veya sonrasında ağrı, işlem bölgesine komşu doku ve organlarda kısmi hasar, kullanılan dikiş materyaline karşı alerjik reaksiyonlar, dikiş açılması, kan toplanması, şişlik, duyu ve his kayıpları gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Komplikasyon gelişmesi halinde ek tedaviler ve cerrahi girişimler gerekebilir. Yapılan işlem sonrası gerekli görüldüğünde verilecek tedavileri düzenli olarak kullanınız. Pansuman veya kontrol amacıyla verilen randevularınıza mutlaka geliniz.

Bozulan dokunun tamir edilmesi ve vücutta oluşan küçük görüntü bozukluklarının ortadan kaldırılması, tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

**ALTERNATİF TEDAVİ:**

Ameliyat olmamayı tercih edebilirsiniz. Pansumanla takip yapılabilir.

## KÜÇÜK CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANMAZSA NELER GELİŞİR?

Bu işlemin yapılmaması yaranızın açık kalması ve infekte olmasına yol açar. Onarım yapılmadığı takdirde yaralanan bölgede fonksiyon kaybı meydana gelir.

### ÖZEL DURUMLAR:

**Tütün ve Tütün Mamülleri:** Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamülleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

### KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER:

.....  
.....

Hasta Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Doktorun Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

### Hasta Onamı:

Doktorum tarafından Optimed Hastanesinde hastalığımın tedavisi için küçük cerrahi girişim yapılabileceği belirtilerek bu tedavi ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tedaviyi kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı :..... İmzası:..... Tarih:.....

Hasta Vasisi/Yakını :..... İmzası:..... Tarih:.....

Doktor Adı Soyadı :..... İmzası:..... Tarih:.....