

Hasta Adı-Soyadı :

Tarih :

Protokol No :

1. GENEL BİLGİ

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda, "Kepçe Kulak hastalığı" nedeniyle cerrahi girişim gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz girişimden önce size bu girişimin seyri ve değişik şekilleri, riskleri ile ilgili bilgi verecek, bunun sonunda girişimin yapılması konusunda serbest iradeniz ile karar verebileceksiniz. Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi yapılan işlemin belirli riskleri vardır ve bunlar size anlatılacaktır. Yine de diğer cerrahi işlemler gibi bu işlemde de önceden ön görülemeyecek sorunlar ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Bu yazılı form, size yapılacak olan girişim ve buna bağlı komplikasyonlar (girişim sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunları) hakkında temel bilgileri açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

2. HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKEN HUSUSLAR

Kulak kepçesinin kafa kemiklerine uzaklığı ve kendi içindeki açıkları farklılıklar gösterebilir. Kulağın kıvrımlarının silik ve kafa tabanından uzaklığının çok olmasına 'kepçe kulak' adı verilir.

3. ÖNERİLEN TEDAVİ YÖNTEMİ

Girişim çocuklarda genel (narkoz), erişkinlerde genel (narkoz) veya lokal (yerel) anestezi altında yapılır. Narkoz girişimine ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi (narkoz) uzmanı doktor ile görüşebilirsiniz. Anesteziyi takiben ameliyat kulak arkasından yapılan bir kesi ile gerçekleştirilir. Kıkırdak şekillendirilerek, kafa tabanı ile kulak arasındaki açığı ve mesafe ayarlanır. Yine kulak arkasındaki kesi kapatıldıktan sonra (alınması gerekmeyen dikişlerle) örtücü ve hafif baskılı bir pansuman uygulanır. Kulağı uygun bazı hastalarda kulak arkasından cilt kesisi yapmadan kulak kepçesini kafaya doğru çeken dikişler kullanarak bu ameliyatı gerçekleştirmekte mümkündür.

4. AMELİYATIN BAŞARI DÜZEYİ VE SÜRESİ

Bu ameliyatın başarı düzeyi %80 kadardır. Hastaların %10-15'inde ilave düzeltici ameliyatlara ihtiyaç olabilmektedir. Ameliyat sonrasında her iki kulak arasında kulak kepçesi ile kafa arasındaki mesafelerde 3 mm ye kadar olan farklılıklar normal kabul edilmektedir. İşlemin tahmini süresi 2,5 saattir.

5. TEDAVİ YÖNTEMİNİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

a- Sık görülebilen yan etkiler:

- Narkozdan uyanma sırasında, hem huzursuzluk hem de uyku hali olması mümkündür.
- İlk iki gün gerginlik ve baskı hissi doğaldır. Üçüncü günden itibaren bu baskı ve gerginlik hissi azalmaya başlar,
- Ameliyatı izleyen 4.-5. günde pansuman ilk açıldığında kulaklar hafif ödemli, sararmaya yüz tutmuş, hafif mor renkte olabilirler.
- İlk haftalarda zaman zaman zonklama tarzında ağrılar, dokuda bir miktar şişlik olağandır. Her geçen gün bunlar azalır. Uyuşukluk ve hassasiyet kaybolmaya başlar. Uyuşukluk hissi birkaç aya kadar düzelir.

b- Nadir görülebilen yan etkiler:

- Ameliyattan sonraki ilk günlerde artan ve zonklayıcı tarzda ağrı, yüksek ateş, ameliyat bölgesinden gelen bir sızıntı ve kanama doktorunuzla teması gerektiren durumlardır. Bu durumda kontrolünüz yapılır ve gerekirse pansumanınız değiştirilir, ilaçlarınız yeniden düzenlenir.

c- Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Enfeksiyon: Hem ameliyat sırasında, hem ameliyat sonrasında koruyucu antibiyotik kullanımı ve ameliyatın titizlikle gerçekleştirilmesi bu komplikasyonun görülme riskini oldukça sınırlar. Yine de ameliyat bölgesinde artan bir ağrı, kızarıklık, ateş yükselmesi gibi durumlarda hemen doktora haber verilmelidir.

- Yara ayrışması: Erken dönemde alınacak bir travma ya da dikişlerin zorlanması yaranın açılmasına yol açabilir. Yara ayrışması sınırlı alanda ise pansumanlarla kapatılabilir. Ancak geniş bir alanda ise yeniden dikiş atılarak onarılması gerekebilir.

- Ameliyattan istenilen neticenin alınamaması: Kulağın geriye doğru yatırılma miktarı, kıvrımın oluşması gibi konularda beklentiler, ameliyattan önce çok iyi bir şekilde anlatılmalı ve doktorun verdiği bilgiler dikkatlice dinlenmelidir. Kepçe kulak ameliyatı ana hatlarıyla geçerli ölçüler olmasına rağmen, yine de subjektif yönü olan bir ameliyattır. Kulağın kafa tabanına aşırı yatırılması da istenen neticeyi vermez. Bu durumun doğal olmayan bir sonuç yaratacağı bilinmelidir.

- Asimetrik kulaklarda ne kadar giderilmeye çalışılırsa çalışılsın, bazen iki kulak arasında duruş farkı olabilir. Bu durum, hafif derecenin üzerinde ise düzeltici bir ameliyat gerektirebilir.

- Kulak arkasındaki dikiş hattında sertlik ve kalınlaşması: Bu durum nadir olmakla birlikte, böyle bir durum gelişirse bölgeyi yumuşatan kremlerin kullanılması gerekebilir. Bazen kulak içinde kullanılan dikişler kulak arkasından belli olabilir ve deride küçük yaralara yol açabilirler. Böyle bir problem olursa lokal anestezi altında düğümlerin temizlenmesi gerekir.

6. VERİLEN İLAÇLARIN KULLANILIŞI VE YAN ETKİLERİ

Tedavi sürecince kullanılacak antibiyotiklere bağlı olarak görülebilecek yan etkiler, genellikle hafif ve kısa sürelidir. En sık görülen yan etkiler bulantı, kusma, ishal ve deride kızarıklıktır. Ağrı kesiciler nadiren alerjik ve aşırı duyarlılık reaksiyonlarına ve cilt döküntülerine neden olabilir. Nadir olarak mide bulantısı görülebilir. Bu yan etkiler ilaç kesildiğinde ortadan kalkar.

7. OLASI TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE RİSKLER

Kepçe kulak ameliyatı hastanın istek ve beklentileri doğrultusunda yapılan bir ameliyattır. Kepçe kulak rahatsızlığının ameliyat dışında alternatif bir tedavisi yoktur.

8. HASTANIN TEDAVİYİ KABUL ETMEMESİ DURUMUNDA ÜSTLENECEĞİ RİSKLER

Tıbbi açıdan hiçbir sorun yaratmayan bu durum, özellikle çocukluk döneminde psikolojik travmaya yol açabilmektedir. Altı yaş civarında kulak gelişimi büyük oranda tamamlandığı için, düzeltme işlemi özellikle 4-6 yaşlarda güvenle yapılabilir. Yedi yaşından önce bu ameliyatın yapılmasının bir diğer nedeni de, özellikle ilköğretim çağında çocuğun uğrayabileceği psikolojik travmalardan onu uzak tutabilmektir. Kepçe kulak ameliyatları 4-6 yaşından itibaren yapılmakla birlikte, çoğu zaman daha ileri yaşılarında doktora başvurulursa ameliyatın yapılmasına bir engel yoktur.

9. GİRİŞİMDEN ÖNCE HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Girişimin uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00'ten sonra çocuğunuza hiçbir şey yedirip içirmememiz gerekir. Ancak kullanmakta olduğu ilaçları ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde yarım çay bardağı

su ile içirebilirsiniz.

Ameliyattan önceki üç hafta boyunca çocuğunuza herhangi bir aşı yaptırmayınız. Eğer aşının mutlaka yapılması gerekiyorsa ameliyatınız aşidan üç hafta sonra yapılacaktır.

Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde bu ameliyat yapılamaz. Bu nedenle ameliyat öncesindeki birkaç hafta boyunca çocuğunuzun hasta çocuklarla temas etmemesine, üşütmemesine dikkat ediniz.

10. SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Hasta; tedavisi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır. Hasta; hastanede yattığı süre içerisinde almış olduğu eğitimlere ve taburculuk eğitiminde ki bakım planına uymalıdır.

11. GEREKTİĞİNDE YENİDEN AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA ULAŞABİLECEĞİNİZ;

Aynı tıbbi yardıma poliklinik günlerinde kontrole gelerek ya da acil durumlarda acil servise başvurarak ulaşılabilir. Sağlık Tesisi Tel No: (282) 736 0 555

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

Lütfen ameliyat öncesi var olan teşhis edilmiş tüm hastalıklarınızı, aldığınız tüm ilaçlarınızı, varsa ailesel hastalıklarınızı, alerjik durumunuzu bildiriniz. Aşağıdaki soruları hastanemize geleceğiniz ameliyat randevu tarihinde cevaplayınız.

1. Yüksek **kanama eğilimi** (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde) var mı? Hayır ☐ Evet ☐
 2. Özel bir nedeni olmadan vücudunuzda **çürükler** oluşur mu veya kan bağı olan akrabalarınızda bununla ilgili belirtiler var mı? Hayır ☐ Evet ☐
 3. Siz/Çocuğunuz **kan sulandırıcı ilaç** (Örneğin aspirin) kullanıyor musunuz/kullanıyor mu? Hayır ☐ Evet ☐
 4. Siz/Çocuğunuz **başka bir ilaç** kullanıyor musunuz/kullanıyor mu? Hayır ☐ Evet ☐
- Kullanıyorsanız/Kullanıyorsa hangi ilacı?
5. **Alerji** (Örneğin astım, saman nezlesi) veya **aşırı duyarlılık** (Örneğin flaster, lateks, gıda maddeleri, ilaçlar) var mı? Hayır ☐ Evet ☐
 6. **Kalp** veya **akciğer** (Örneğin kalp hastası, kalp ritm bozukluğu, yüksek tansiyon, astım) hastalığınız var mı veya **kalp pili** taşıyor musunuz? Hayır ☐ Evet ☐
 7. **Müzmin (kronik) bir hastalığınız** (Örneğin göz tansiyonu, sara) var mı? Hayır ☐ Evet ☐
 8. **Guatr hastalığınız var mı?** Hayır ☐ Evet ☐
 9. **Diş proteziniz var mı** (sıkı yapıştırılmamış protez, diş köprüsü veya yapma diş) veya **sallanan dişleriniz** var mı? Hayır ☐ Evet ☐
 10. Son 6 hafta içinde **aşı** yapıldı mı? Hayır ☐ Evet ☐
 11. **Akut** (yeni başlamış) veya **kronik** (müzmin) bir **enfeksiyon hastalığı** (Örneğin karaciğer iltihabı, AIDS, verem) var mı? Hayır ☐ Evet ☐
 12. **Doğurganlık yaşındaki bayanlar için: Hamile** olma ihtimaliniz var mı? Hayır ☐ Evet ☐

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

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

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Hasta Onamı:

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizi beyan ederiz.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum

İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakınının Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

(Yakınlığı.....)

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Doktor Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :