

|                                                                                  |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                          | Doküman No :HD-FR-395                                                              |
|                                                                                  | MEME BAŞI REKONSTRÜKSİYONU<br>AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM<br>FORMU | Yayın Tarihi :10.09.2021<br>Revizyon No :00<br>Revizyon Tar.:....<br>Sayfa No :1/3 |

Hasta Adı-Soyadı :  
Tarih : Protokol No :

## GENEL BİLGİLER

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili sizi bilinçlendirilerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman onamı geri alabilirsiniz.

## Meme Başı Rekonstrüksiyonu Nedir?

Meme diğer meme başından alınmış dokunun aşı ve areolanın meme kanseri ve diğer durumlardan sonra yeniden oluşturulmasıdır.

## İşlem Hakkında Bilgilendirme

Meme başı ve çevresindeki areola adı verilen kahverengi bölgenin yeniden oluşturulması için farklı yöntemler vardır. Vücudun diğer bölgelerinden alınan deri yamaları, meme derisinden meme başına doku kaydırma ya da diğer meme başından dokunun paylaşılması tekniği kullanılabilir. Diğer teknikler, örneğin tatuj dokuya vermek amacı için uygulanabilir.

Meme başı rekonstrüksiyonu tek cerrahi girişim olarak planlanabileceği gibi diğer meme ameliyatları ile birlikte de yapılabilir.

## Ortaya Çıkabilecek Riskler

Her cerrahi işlemin belli miktarda riski mevcuttur ve önemli olan sizin meme başı rekonstrüksiyon cerrahisi ile ilgili olanları anlamanızdır. Kişinin cerrahi bir girişim tercih etmesinde girişimin risk ve faydalarının karşılaştırılması esastır. Pek çok hasta aşağıdaki komplikasyonlarla karşılaşmasa bile, siz hekiminizle riskleri, olası komplikasyonları ve sonuçlarını anladığınızdan emin olana kadar tartışın.

- Kanama: Nadir de olsa cerrahi sırasında ya da sonrasında bir kanama ile karşılaşılması olasıdır.

Ameliyat sonrasında kanama olduğunda, biriken kanın (hematom) acil boşaltılması gerekebilir. Ameliyattan on gün öncesinden başlayarak aspirin ya da ağrı kesici ilaçlar almayınız, çünkü bu kanama riskini artırır.

- **Enfeksiyon:** Bu tip cerrahiden sonra enfeksiyon olanğın değildir. Enfeksiyon gelişirse, antibiyotikleri içeren tedavi ya da ek cerrahi girişim gerekebilir. Meme başı rekonstrüksiyon cerrahisini takiben enfeksiyon nedeni ile deri yaması kaybı yada meme başının kaybı olasıdır.
- **Ciltte Bırakacağı İz:** Aşırı nedbeleşme olağın değildir. Nadir vakalarda anormal izler oluşabilir. İzler çirkin ve çevre deriden farklı renkte olabilir. Bu izler hem meme başı rekonstrüksiyonu alanında hem de bu işlem için doku alınan bölgede gelişebilir. Anormal nedbeleşme için ameliyat sonrasında ek cerrahi girişim gerekebilir.
- **Deri Grefti (Yanma):** Deri greftleri bazı meme başı rekonstrüksiyon tekniklerinde kullanılır. Greftin alındığı lokalizasyonda nedbeleşme, kötü iyileşme ya da anormal renk değişimi izlenebilir. Kronik kaşınma hissi rapor edilmiştir. Enfeksiyon ya da başka nedenlerle greft kaybedilebilir, ek deri greftlerine ihtiyaç olabilir.
- **Kıl Gelişimi:** Meme başı rekonstrüksiyonunda kullanılan deri greftleri kıl kökleri içerebilir, yeniden oluşturulan meme başında kıl gelişimi olabilir. Kıl köklerinin ortadan kaldırılması için ek işlem gerekebilir.

Tanı:.....

Yapılacak tedavi/işlem.....

Uygunsa taraf/seviye bilgisi ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı Seviye.....

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

.....

## KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....

.....

Kullandığı İlaçlar:

Kanama Zamanı:

Alerji:

Diğer Hastalıklar:

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:**

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl 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.

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.....)

Tercüman (İhtiyaç halinde) Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

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.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :