

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-36
	SEPTUM DEVIASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:15.03.2022 Sayfa No :1/5

Hasta Adı-Soyadı :

Tarih :

Protokol No :

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanı ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER

Burun bölmesinin eğriliği, hem yüz kemiklerindeki gelişim bozukluklarına bağlı çekilmeler, hem de doğum sırasında bile olabilen burun kemiği kırıkları sonucu ortaya çıkar. Eğer eğrilik, aşağıdaki sorunlara neden oluyorsa ameliyatla düzeltilmesi gereklidir:

- Burundan nefes alma güçlüğü
- Devamlı ağızdan nefes almaya bağlı boğazda kuruma, yanma, yabancı cisim hissi
- Horlama, bazen uykuda nefes kesilmeleri
- Baş / yüz ağrısı,
- Tekrarlayan sinüs iltihapları
- Gırtlak ve bronş iltihapları
- Orta kulağı havalandıran östaki borusu nezlesi ve orta kulak iltihaplarına eğilim.
- Bazı sinüslerin ameliyatlarında ve belli tip burun kanamalarında da burun bölmesi eğriliğinin düzeltilmesi gerekli olabilir.

NASIL BİR TEDAVİ/GİRİŞİM UYGULANACAK (ALTERNATİF TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİ İÇERMELİDİR)

Girişim lokal veya genel anestezi (narkoz) altında yapılır. Narkoz girişimine ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi (narkoz) uzmanı doktor ile görüşebilirsiniz. Lokal anestezi uygulaması nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunlarla ilgili aşağıda bilgi sunulmuştur.

Ameliyat burun içinden yapılır. Anesteziyi takiben burun bölmesi üzerindeki örtü tabakası (mukoza) kesilir ve burun bölmesinin üzerinden ayrılır. Kıkırdak ve kemikteki eğri ve fazla olan kısımlar çıkartılarak, burun bölmesi düzeltilir. Eğer burun içindeki etler de (konkalar) çok büyük ve solunumu zorlaştırıyorsa, aynı zamanda burun etlerinin de fazla olan kısmı çıkarılarak veya yakılarak (koterize edilerek) küçültülür. Bu işlem ortalama 60 dk. sürmektedir. İşlemin başka bir alternatifi yoktur. İşlemden beklenen faydalar ise burun boşluğunun açılması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-36 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:15.03.2022 Sayfa No :1/5
	SEPTUM DEVIASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

nedeni ile hastanın daha rahat nefes alması ve konforlu bir şekilde uyumasının sağlanmasıdır.

Ameliyatın sonunda burun içine genellikle tamponlar yerleştirilir ve bunlar 48-72 saat sonra alınır. Burun bölmesi eğriliğinin tedavisi için günümüzde başka bir tedavi yöntemi yoktur.

AMELİYATININ RİSKLERİ

Sık Görülebilen Yan Etkiler:

- Narkozdan uyanma sırasında; huzursuzluk veya uyku hali,
- Burunda tampon olduğu sürece; ağızdan solunum, burunda basınç hissi
- Tamponun çıkartılmasından sonra; burun örtüsünün şişmesi ve kabuklanma (bu dönemde geçici burun tıkanıklığı yaşanabilir)
- Koku alma yeteneğinin geçici olarak azalması.

Nadir Görülebilen Yan Etkiler:

- Geç kanamalar; çoğunlukla yeni bir tampon ile durdurulur, ender olarak yeni bir ameliyat gerekebilir.
- Burun örtüsü altında kan toplanması (septum hematomu); yaranın tekrar açılması ile boşaltılır ve tekrar tampon konur.
- Burun bölmesinde apse; yeni bir ameliyat ve gerektiğinde içeriye kıkırdak yerleştirilmesi gerekebilir.
- Her iki üst kesici dişte ve damak ön bölümünde hafif his kaybı; çoğunlukla kısa sürede geçer.
- Burun bölmesinde delik oluşumu; gerekli durumlarda yeni bir ameliyatla kapatılır.

Çok Nadir Görülebilen Yan Etkiler:

- Koku alma yeteneğinin kalıcı olarak bozulması,
- Burunun dış görünüşündeki değişiklikler; kıkırdak desteğin kaybı sonucu burun sırtı çökmesine, apse gelişimine, nedbe oluşumuna (çok ender görülür) bağlı görülebilir ve ikinci bir ameliyatla düzeltilebilir.
- Beyin zarı iltihabı tehlikesi yaratan kafa tabanı yaralanmaları,
- Körlüğe kadar varabilen görme bozuklukları; kanamayı azaltmak için yapılan ilaca bağlı olabilir, ancak son derece ender bir durumdur.
- Kan nakli, geç kanamalarda çok ender durumlarda gerekli olur

Lokal anestezi için kullanılan veya narkoz sırasında burun içine enjekte edilen ilaçlara bağlı olarak ender olarak beklenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilir. Bunlar:

- Alerjik reaksiyonlar; şişlik, kaşıntı, hatta şoka varabilen ağır dolaşım bozuklukları,
- Merkezi sinir sistemine ait yan etkiler; Huzursuzluk, kasılmalar, solunum bozuklukları,
- Kan basıncı yükselmesi veya düşmesi, kalp ritim bozuklukları ve kalp atışının yavaşlaması hafifletilir).

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Girişimin yapılmaması durumunda yukarıda belirtilen şikayetlerin devam etmesi dışında bir sorun olmaz. Ancak uykuda nefes kesilmeleri olan hastaların tedavisinin ilk basamağı burnun açılmasıdır. Bu nedenle uykuda nefes kesilmesi gibi ciddi bir problemi olan hastaların mutlaka ameliyat olması gereklidir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Girişimin uygulanacağı günden önceki gece saat **24.00** 'ten sonra **hiçbir şey yeyip içmememiz** gerekir. Ancak kullanmakta olduğunuz ilaçları ameliyat günü sabahı erken saatte, yarım bardağı geçmeyecek kadar su

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-36
	SEPTUM DEVIASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:15.03.2022 Sayfa No :1/5

ile içirebilirsiniz. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca **aspirin** gibi kanamayı arttıracılabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu **enfeksiyonu** halinde bu ameliyat yapılamaz. Bu nedenle ameliyat öncesindeki birkaç hafta boyunca hastalarla temas etmemeye, üşütmemeye dikkat ediniz. Ameliyata giderken takma dişlerinizi, takılarınızı ve üzerinizdeki tüm metal malzemeleri çıkarınız

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Narkoza veya kullanılan sakinleştirici, ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak refleksleriniz geçici bir süre etkilenecektir. Bu nedenle girişimden sonra ilk 24 - 48 saat içinde evde başınız 45 derece yüksekte kalacak şekilde, yarı oturur pozisyonda istirahat edilmelidir. Ayrıca bu süre içinde araba kullanılmamalı, tehlikeli makinelerde çalışılmamalı ve önemli kararlar alınmamalıdır.

Lütfen ameliyattan sonraki günlerde ağız veya burundan kanama veya öksürük kan gelmesi durumunda hemen doktorunuzu veya hastaneyi arayın ve acil olarak durum hakkında bilgi verin.

Ameliyattan sonra iyileşme tamamlanana kadar kuvvetli sümkürmeyiniz.

Ameliyattan sonra on gün süre ile;

- Doktorunuzun verdiği ilaçları düzenli kullanınız.
- Tansiyonu yükseltecek her şeyden kaçınınız.
- Spor ve jimnastik yapmayınız. Gerekli ise doktorunuz size rapor verecektir.
- Ağır kaldırmaktan ve diğer bedensel yorgunluklardan sakınınız.
- Çok sıcak banyo yapmayınız (ılık duş alınabilir).
- Burnunuzu çarpmalardan, darbelerden koruyunuz.
- Burnunuza su çekmeyiniz.
- Burnunuzun içinde oluşacak yara kabuklarını çıkarmak için kendiniz bir şey yapmayınız, gerekirse doktorunuz kontrolde onları çıkaracaktır.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

Kullandığı İlaçlar:

Kanama Zamanı:

Alerji:

Diğer Hastalıklar:

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

Hekim 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-36
	SEPTUM DEVIASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:15.03.2022 Sayfa No :1/5

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.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :