

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-541 Yayın Tarihi :07.01.2023
	AŞİLOPLASTİ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No: 1 / 2

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi:
Tarih : Protokol No :

TANIM

Bu ameliyatla Sol Sağ..... ayağınızdaki, ayağınızda bulunan ve şekil ve fonksiyon bozukluğu yapan ekin deformitenize neden olan aşiltendonunuzda ki gerginlik düzeltilecektir. Bu ameliyatla ayak bileği arkasından uygun insizyon ile girilip aşiltendonuna ulaşılacak ve gerekli düzeltme yapılacaktır.

Ameliyat Ve Tedavi Süreci : Ameliyat sonrası antibiyotik (mikrop önleyici) ve ağrı kesici tedaviler uygulanacaktır. Ameliyat sonrası yapacağınız fizik tedavi egzersizleri en az ameliyatınız kadar önemlidir ve sizin eski hareket kabiliyetinize en üst düzeyde kavuşmanıza yardımcı olacaktır. Ameliyat sonrasında bacağınıza alçı uygulanacaktır. Ameliyatın seyrine göre ameliyat esnasında sızma tarzındaki kanamaları dışarı aktarmak için ameliyat sahasına dren konabilir. Ameliyata bağlı kan kayıplarınız gerektiğinde damar yolu ile verilerek yerine konacak olup ameliyat sonrası beslenme durumunuz bize yardımcı olacaktır. Bu ameliyat ile ilgili olarak yapacağınız egzersizler evde kullanacağınız ilaçlar, fizyoterapist tarafından tarif edilecek yapmamanız gereken hareketler, sorumlu doktorunuzun size ameliyat sonrasında planlayacağı kontrollerinize gelmek sizin sorumluluklarınızdır. (örn. uygulanan tedavi şemasına özen gösterme, araştıracının önerilerine uyma, ilaç kutularını getirme, vb.) . Ameliyatta çıkartılan doku örneği patoloji laboratuvarına gönderilecek olup kontrollerinize patoloji raporunuzla gelmeniz uygun olacaktır.

Ameliyat Sonrası Riskleri / Komplikasyonları : Bu ameliyatta ve sonrasında; ağrı, enfeksiyon riski, yara yerinde iz kalması, aşırı kötü doku ile iyileşme riski, ileriki zamanlarda tendonun rüptüre olması gibi riskler ve rahatsızlıklar söz konusu olabilir.

Ameliyat Sonrası Beklenen Yararları : Sizin için beklenen yararlar; ayak bilek hareketlerinin tekrar eski haline dönüştürülmesi olacaktır.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum ve yapılacak girişime onay veriyorum.

- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : 60 – 120 dakikadır. Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: 0 282 726 05 55 Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz. Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....
.....

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 paratiroidektomi ameliyatını kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Ameliyat sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumda gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda ameliyat ekibinin 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 : İmzası : Tarih:

Hasta Vasisi/Yakınının : İmzası : Tarih:

Adı Soyadı

(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 :

İmzası : Tarih :