

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-63 Yayın Tarihi :10.09.2009
	LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/2

Hasta Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi :

Tarih :

Protokol No :

TANI/TEDAVİ YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ:

Hasta/Hasta yakını olarak ameliyathane ortamında doktorunuz.....tarafından uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız. Yapılan tahlil ve tetkikler sonucu teşhisi konmuş ve rahatsızlığınızın tedavisi için ameliyat planlanmıştır .

Karın sağ-üst bölgesine uygulanacak bu girişimde, 4 veya 5 ve 10 milimetrelik deliklerden takılacak araçlar kullanılarak önce karın içi kamera ile muayene edilir ve safra kesesi çıkarılır. Muayene esnasında safra kesesi bölgesinde belirgin iltihap-yapışıklıklar vb. kapalı ameliyatı riskli kılacak durumlar varsa cerrah açık ameliyat seçeneğine geçer. Açık ameliyatta 10-20 cm. uzunluğunda bir kesi yapılacağı için iyileşme sürecinde böyle bir yaranın da iyileşmesi ve bunun da olası sıkıntıları (yara enfeksiyonu, yapışıklıklar, fıtıklaşma...) mevcut tabloya eklenebilecektir. Bu ameliyatta kan verilmesi, çok nadir durumlarda söz konusu olabilir. Operasyon yaklaşık 60-90 dk. arasında sürmektedir.

Safra kesenizde bulunan hastalık, sağlığınız için bir risk kaynağıdır ve hayatınızı tehdit eden boyutlara ulaşılabilir.

Bu girişim yapılmadığı takdirde mevcut duruma ek olarak iltihaplanma ve bunun tehlikeli boyutlara ulaşması, iltihaplı safra kesesinin delinmesi, tıkanma sarılığı, büyük taşların zamanla kansere zemin hazırlaması... gibi riskler söz konusudur. İşlemin yapılması sonucu yukarıdaki şikayetler giderilmiş olacaktır. Bu işlemin başka bir alternatifi bulunmamaktadır.

TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI- RİSKLERİ VE BEKLENEN FAYDALARI

Ağrı, yara problemleri, kanama, enfeksiyon, iç yapışıklıklar, fıtıklaşma, barsak tıkanması, büyük damar veya barsak yaralanması, safra yolu yaralanmaları, damar tıkanmaları (pıhtı), artmış akciğer enfeksiyonu riski, zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç, obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, hastane enfeksiyonu (pnömoni, beyin zarı iltihabı, idrar yolu enfeksiyonları, kana mikrop karışmasına bağlı yaygın vücut enfeksiyonları. Operasyon sonrası hastada gerginlik ve ruhsal travma oluşabilir. Ameliyat esnasında safra kesesi delinebilir, safra ve taşlar karın boşluğuna dökülebilir, karın içine dökülen safra ve taşlar karın içinde iltihaplanmalara yol açabilir, bundan dolayı tekrar ilaç tedavisi veya ameliyat gerekebilir. Ameliyat esnasında bağlanan damarların açılması ile kanama olabilir, tekrar ameliyat gerekebilir hatta ölüm meydana gelebilir. Safra kesesi çıkarılırken kese içindeki taşların safra kanalına düşmesi sonucu sarılık, safra yolları iltihabı ve pankreas iltihabı gelişebilir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Ameliyat öncesi akşam yemeğinden sonra yemek yenmemelidir. Gece yarısına kadar su içilebilir. Kullanmakta olan ilaçlar varsa doktorunuzun bilgisi dahilinde ve önerilerine göre kullanılmalıdır

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-63 Yayın Tarihi :10.09.2009
	LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :2/2

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

Ameliyat sonrası (genellikle ertesi sabah) kahvaltı ile gıda alımı başlar. 10 gün araç kullanılmamalıdır.

ANESTEZİ

Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrımın geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. İşlem esnasında ağrı hissinin, bölgesel (spinal ve epidural) ya da genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek baş ağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum. Anestezinin verilmesine izin veriyorum. Ayrıca gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

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 laparoskopik kolesistektomi operasyonunu kabul ettiğimizi ve onay verdiğimiz beyan ederiz.

Bu ameliyat sırasında bazı nedenlerle "Açık Klasik Ameliyata" geçilebileceği (ortalama %5-10 hastada) anlatıldı ve bunun için de onayım istendi. Ameliyat sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumunda 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 : 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 :

İmzası :

Tarih/Saat :