

|                                                                                   |                                                                    |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                         | Doküman No: HD-FR-839<br>Yayın Tarihi :04.02.2025<br>Revizyon No :00<br>RevizyonTar...<br>Sayfa No : 1 / 3 |
|                                                                                   | DOKUDAN YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI<br>İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU |                                                                                                            |

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :  
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.

### RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

#### İşlemin Riskleri

- Yabancı cisim bulunamayabilir.
- Yabancı cismin bir kısmı çıkarılamayabilir.
- Yabancı cismin bulunması ve çıkarılması esnasında diğer dokuları kesilmesi ve çıkarılması gerekebilir. Bu durum kalıcı hasara neden olur.
- Herhangi bir enfekte maddenin dışarı çıkartılması için yabancı cismin çıkartıldığı yara yeri açık bırakılabilir.
- Yara yeri düzenli pansumanı gerektirebilir. Yara yerinin iyileşmesi zaman alabilir.
- Bazı insanlarda yaranın iyileşmesi normal olmayabilir ve yara kalınlaşabilir, kızarabilir ve ağrılı olabilir.
- Şişman insanlarda artmış yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonu ve tromboz riski
- Sigara içenlerde artmış yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonu ve tromboz riski

#### Ameliyata Ait Riskler

- Doku nakli yapılmış ise bu dokunun iyileşmesi iyi olmayabilir. Bu daha az kabul edilir bir iz ve/veya doku büyük ile sonuçlanabilir. Ayrıca ikincil cerrahi müdahale gerektirebilir.
- Doku nakli yapılmış ise, kan ve sıvı birikebilir ve bunun boşaltılması gerebilir. Bu da yara iyileşmesini yavaşlatabilir.
- Nakledilen doku normal doku gibi görünmeyebilir.

|                                                                                   |                                                                    |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                         | Doküman No: HD-FR-839<br>Yayın Tarihi :04.02.2025<br>Revizyon No :00<br>RevizyonTar...<br>Sayfa No : 2 / 3 |
|                                                                                   | DOKUDAN YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI<br>İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU |                                                                                                            |

- Bütün ameliyatlar iz bırakır. Doku nakli nedeniyle de iz kalacaktır.
- Ameliyat yerinde skar denilen kırmızı, yumrulu, kaşıntı izler, oluşabilir. Bunların tedavisi çok zordur ve görünüşü bozabilir.
- Nakledilen doku dolaşım bozukluğu sonucu tamamen ölebilir.

### İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALARI

Yabancı cismin dokudan çıkarılarak olası enfeksiyonların, ağrının önlenmesi sağlanır.

### ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

İşlemin cerrahi girişimden başka alternatifi yoktur.

### İŞLEMİN GERÇEKLEŞTİRİLMEMESİ DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Yabancı cismin ilgili dokuda enfeksiyon oluşturmaması, ağrı, doku ve organda enfeksiyona bağlı fonksiyon bozukluğu oluşturabilir

### KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

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 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 verdiğimizizi beyan ederiz.

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

|                                                                                   |                                                                    |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                         | Doküman No: HD-FR-839<br>Yayın Tarihi :04.02.2025<br>Revizyon No :00<br>RevizyonTar...<br>Sayfa No : 3 / 3 |
|                                                                                   | DOKUDAN YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI<br>İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU |                                                                                                            |

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 Adı Soyadı:

İmza :

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 :