

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-841 Yayın Tarihi :04.03.2025
	NEKROTİZAN FASCIİTİS AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 4

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

GENEL BİLGİLER

NEKROTİZAN FASCIİTİS(GAZLI GANGREN) tanısı nadir görülen fakat çok ölümcül bir yumuşak doku infeksiyonudur. Deri altı yağ dokusu ve yüzeysel fasyada yerleşir, hızlı ve difüz yayılım gösterir ve yüksek mortalite ile seyreder. Bu terim ilk defa 1951 yılında Wilson tarafından kullanılmıştır. Önceden kullanılan eş anlamları ise: Gangrenöz erizipel, nekrotizan erizipel, hastane gangreni, akut dermal gangren, nonklostridyal krepitasyonlu selülit, hemolitik streptokok gangreni, sinerjistik nekrotizan selülit ve Meleney selülitidir.

Nekrotizan fasiit, sıklıkla alt karın ve perine bölgesi ve daha seyrek olarak alt ekstremiteleri etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yılda ortalama 10.000-15.000 civarında A grubu streptokoksik infeksiyon görülmektedir. Bu olguların %5-10'unda NF gelişir. Sıklıkla deride bir kesi, abrazyon, kontüzyon, yanık, laserasyon, ısırık, enjeksiyon ve kesi bölgelerinde daha sıktır. Diyabetiklerde, alkoliklerde, uyuşturucu bağımlılarında, immünyetmezliği olanlarda ve periferik damar hastalarında daha sık rastlanır. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların hastalığa karşı eğilimi arttırdığına ilişkin görüşler vardır ancak bu hipotez kesin olarak ispat edilmemiştir. Fournier gangreni, başlangıçta erkeklerde skrotum bölgesinde yerleşen NF ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Zaman içinde kadınların perineal bölge nekrotizan fasiitis olguları da bu tanımlama içine dahil edilmiştir. Bu konuda 1883 yılından bu yana literatürde 500'ün üzerinde makale yayınlanmıştır. Nekrotizan fasiitte etken olan başlıca mikroorganizmalar: *Peptostreptococcus*, *Streptococcus pyogenes*, *C. perfringens*, *Escherichia coli*, *Prevotella* cinsidir. Aerobik ve anaerobik mikroorganizmalar görülebilir. Singh ve arkadaşları çalışmasında alınan 257 örneğin 167 (%65)'si aerobik mikroorganizma olmuştur. Etken olarak çeşitli mikroorganizmaların varlığından bahsedilmektedir. Meleney tüm olgularında patojen ajanın hemolitik streptokok olduğunu bildirmiştir. Wilson ise hemolitik ve nonhemolitik aerobik mikroorganizmalar izole etmiştir. Son yıllardaki çalışmalar sonrasında, bu infeksiyonların aerobik ve anaerobik mikroorganizmaları içeren polimikrobiyal karakterde olduğu sonucuna varılmıştır. Serimizde de benzer olarak: *E. coli*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Bacteroides* ve anaerobik streptokoklar izole edilmiştir.

Muayene ve tahlillerle ilgili yöntemler, hastalığının tedavisine yönelik tıbbi ve cerrahi girişimlerle ilgili gerekli bilgiler, barsağın karın duvarına birleştirilebileceği(kolostomi),tedavinin aylarca sürebileceği, ve tedavi sonrası ortaya çıkabilecek istenmeyen sonuçlar doktorum tarafından anlatıldı.

Yöntem: Geniş debridman +/- ostomi açılması+/- antibiyotik tedavisi ve yoğun bakım desteği Nekrotizan fasiitis tedavisinde ana esas agresiv cerrahi debridmandır. Buradaki ana hedef infekte doku kalmayınca kadar bu debridmanları yenilemektir. Burada ilk cerrahi girişimin önemi büyüktür şayet infeksiyon kontrol altına alınmak isteniyorsa debridman konusunda ekonomik davranmamak gerekir. İnfeksiyon kontrolü için geniş spektrumlu antibiyotikler önerilmektedir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-829 Yayın Tarihi :08.11.2024
	NEKROTİZAN FASCIİTİS AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 2 / 4

En yaygın olarak kristalize penisilin, anaerop etkili bir antibiyotik (klindamisin, metronidazol veya ornidazol) ve aminoglikozid kombinasyonu tercih edilmektedir. Biz de servis olarak aynı protokolü uygulamaktayız. Son zamanlarda, linezolid ve oksasilin grubu antibiyotiklerin kullanımına da rastlanmaktadır. Ayrıca bu olgularda gecikme sonucu sepsis kaçınılmaz olduğundan yoğun bakım desteği, inotropolar, intravenöz immünglobulin vb. ilaçlar kullanılmaktadır. Destek tedavisi olarak da, solunum desteği gerektirmeyen olgularda hiperbarik oksijen (HBO) tedavisi kullanılmaktadır. Klostridyal miyonekroz, streptokoksik selülit ve nekrotizan mikst sinerjistik enfeksiyonlar HBO tedavisi için uygun olgu gruplarıdır. Buna karşın yara dokusundaki arteriyel O₂ artışının geçici bir etki olduğunu savunan yazarlar vardır. Tüm hastalık ve tedavi parametreleri gözönüne alındığında HBO'nun etkisinin fazla olmadığını savunanlar ve kısmen faydalı olduğunu ileri sürenler de bulunmaktadır. Tıp alanındaki tüm ilerlemelere karşın çeşitli serilerde nekrotizan fasiitiste genel mortalite oranı %28'dir

Alternatifler: nekrotizan faciitin tedavisi geniş debritleme dır. Başka tedavi yöntemi yoktur. Yaranın bulunduğu yere bağlı olarak hastaya koruyucu ostomi açılması durumu mevcuttur. Debritleme sonrası yara yeri pansumanı, antibiyoterapi ve yoğun bakım desteği önemlidir. Buna rağmen mortalite yüksek seyreymektedir

Ameliyat olmama: Doktorlarım tarafından nekrotizan faciit hakkında geniş bilgi almış bulunmaktayım. Ameliyat olmadığım halde hastalığımın mortalitesinin yüksek olduğunu biliyorum. Kendi hür irademle ameliyat olmak istemiyorum.

Komplikasyonlar: Buna göre ameliyat esnasında veya sonrasında:

- Anestezik ilaçlara bağlı alerjik reaksiyon, şok ve ölüm olabileceği
- Kanama olursa kan transfüzyonları ve buna bağlı reaksiyonların gelişebileceği,
- Hastalığımın karın içine ilerleme ihtimali olduğu ve laparotomi yapılabileceği. Laparotomi esnasında veya takip eden ameliyat sırasında barsak yaralanması olabileceği ,bu nedenle primer onarım veya rezeksiyon anastomoz yapılabileceği, tarafıma ileostomi açılabilceği ve belirli bir süre büyük abdestimi buradan yapacağım anlatıldı.
- Anastomoz kaçağı – fistül (karın içine akıntı),
- Yara açılması,

Yara yerinde enfeksiyon, seroma ,yağ nekrozu gelişebileceği,bu nedenle hastanede kalış süresinin uzayabileceği tarafıma anlatıldı ve okundu.

Özel Durumlar:

Alerji/Kullanılan İlaçlar: Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim.Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-829 Yayın Tarihi :08.11.2024
	NEKROTİZAN FASCIİTİS AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 3 / 4

Tütün ve Tütün Mamülleri: Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamülleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

Dokunun kullanımı: Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi araştırma: 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 ameliyatın, 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 esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....

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

Hekim Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:.....

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 sağlığının 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-841 Yayın Tarihi :04.03.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 4 / 4
	NEKROTİZAN FASCLİTİS AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Tarih/Saat:

İmzası:

veya

Hasta Vasisi/Yakının

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: