

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-844 Yayın Tarihi :12.03.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 3
	TERS VEYA TOTAL OMUZ PROTEZİ 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 yakınına 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.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER

Omuz artropati veya omuz protezi yerleştirilmesi işleminde hastalığın evresi, tipi, ortaya çıkış süresi uygulanan tedavinin sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Hangi evrede hangi tedavinin seçileceği hastanın yaşına, beklentilerine, şikâyetlerine ve klinik olarak durumuna bağlıdır. Genelde yüksek başarı oranı bulunmakla beraber hastalık tekrarlayabilir veya ilerleyebilir. Ameliyat sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon görmek gerekebilir ve bu süreç de ameliyatın başarısını etkiler

ANESTEZİ

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

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

Yapılacak tedavi; omuz artropati veya daha önceki cerrahiye bağlı instabilite olan omuz eklemine sorunlu kemik dokularının çıkarılarak omuz protezi yerleştirilmesi işlemartropasidir. Omuz ve çevre yapıları ile ilişkili şikâyetler (hareket kısıtlılığı, ağrı, fonksiyon kaybı, tekrarlayan çıkık vb.) giderilir ve omuz eklemi daha kullanılabilir hale getirilir.

Ameliyatın Tahmini Süresi

Ameliyatın tahminen 2 saat sürmesi beklenir.

RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

Sinir harabiyetine bağlı duyu veya güç kaybı oluşabilir.

Ameliyat sırasında cerrahi aleder kırılabilir.

Kırık oluşabilir.

Dislokasyon (çıkık) olabilir.

Enfeksiyon gelişebilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-844 Yayın Tarihi :12.03.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 2 / 3
	TERS VEYA TOTAL OMUZ PROTEZİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Omuzda yeni bir cerrahi ve/veya uzun süreli ilaç kullanılmasını gerektiren ilühap oluşabilir, fizik tedavi gerekebilir.

Omuz çevresinde aşırı şişlik oluşabilir.

Altta yatan nedene bağlı veya bağımsız ağrı ve bulgular devam edebilir.

Omuzda sertlik oluşmasına bağlı hareket kaybı oluşabilir ve yeni müdahaleler gerekebilir.

Cerrahiye anormal bir tepki ile artan ağrı ve fonksiyon kaybı oluşabilir.

Cerrahi kesiler çevresinde his kaybı, renk değişikliği ve ağrı şikayetleri olabilir.

Anormal yara iyileşmesi tepkisi ile kalınlaşmış ve kötü görünümlü yara görülebilir.

Şişman ve/veya sigara içen hastalarda enfeksiyon, kalp-akciğer problemleriyle karşılaşma veya yaranın geç iyileşmesi, pıhtı, emboli görülebilir.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALARI

Deltoid adı verilen kas gücü kullanılarak eklem hareket açıklığı kazanılması hedeflenir

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Cerrahi dışı ilaç ve fizik tedavi rehabilitasyon uygulamaları tercih edilebilir.

İŞLEMİN GERÇEKLEŞTİRİLMEMESİ DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Hastalık ilerledikçe uygulanacak tedaviler daha karmaşık hale gelir ve başarı şansları düşebilir. Ancak omuz hastalıklarının hangi kriterlere göre ve ne hızda ilerlediği hastalığa ve hastaya göre değişebilmektedir.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Ameliyattan sonra bir süre omuz-kol askısı veya benzeri tespitlerin kullanılması gerekebilir. Mümkün olduğu kadar erken harekete başlanması hedeflense de başlangıç aşamasında kontrollü pasif hareketler tercih edilecektir. Bunların çoğu ameliyat sonrasında ameliyatı gerçekleştiren ekip tarafından belirlenecektir. Hemen veya belirli bir süreç sonunda fizik tedavi ve Rehabilitasyon'a başlanması gerekebilir veya sadece ev içi öneri-egzersizlerle yetinilebilir. Aktivite düzeyiniz ve normal hayata dönüş süreciniz yapılan müdahale çeşitliliğine göre farklılık gösterecektir.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....
.....

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

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

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin iletilmesi 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-844 Yayın Tarihi :12.03.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 3 / 3
	TERS VEYA TOTAL OMUZ PROTEZİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

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 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.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

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 :