

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-878 Yayın Tarihi :17.11.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 3
	DEQUERVAİN / TENOLİZ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA-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.

DeQuervain tenosinoviti bileğin başparmak tarafındaki tendonları etkileyen ağrılı bir durumdur. De Quervain tenosinoviti varsa, bileğinizi çevirdiğinizde, herhangi bir şeyi kavradığınızda veya yumruk yaptığınızda muhtemelen ağrı hissedersiniz.

De Quervain tenosinoviti hastalığının kesin nedeni bilinmemekle birlikte, bahçede çalışmak, golf veya raket sporları oynamak veya bebek kaldırmak gibi tekrarlayan el veya bilek hareketlerine dayanan herhangi bir aktivite hastalığı daha da kötüleştirebilir.

ANESTEZİ

El-ön kol-kol bölgesine uygulanacaktır. Genel ya da bölgesel anestezi verilmesini takiben işlem uygulanır ve yaklaşık 30-40 dakika sürer.

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

Uygulanacak olan cerrahi işlemde, sıkışan tendonları serbest bırakmak için tendon kılıfı genişletilir veya açılır. Bu işlem, tendonların daha rahat hareket etmesini sağlar ve ağrıyı azaltır. Ameliyat genellikle lokal anestezi altında sadece ilgili bölgenin uyuşturulması ile gerçekleştirilir. Cerrahi işlem sonrası birkaç hafta boyunca el bileği ateli kullanılır. Fizik tedavi ile tam fonksiyonel iyileşme sağlanabilir. ameliyat sonrası erken dönemde parmak hareketlerin oluşan ağrı düzelirken tam iyileşme genellikle 3-4 haftayı bulur.

RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

Cerrahi işleme ait aşağıda yazılan bazı risk ve komplikasyonlar bulunmaktadır. Parmaklarda uyuşma ve karıncalanma olabilir. Bu durum kalıcı olabilir. Sinir kesilebilir ve onarılması için bir ameliyat gerekebilir. Parmaklara giden lifler (tendonlar) kesilebilir ve onarılması için bir ameliyat gerekebilir. Yapılan ameliyatın tekrarlanması gerekebilir. Yumruk yapıldığında el bileğinde ağrı olabilir. Yara yerinde hassasiyet olabilir. Bu durum kalıcı olabilir. Parmak kaslarında zayıflık olabilir. Bu durum kalıcı olabilir. Ameliyat yarası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-878 Yayın Tarihi :17.11.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 2 / 3
	DEQUERVAİN / TENOLİZ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA-ONAM FORMU	

sahasında enfeksiyon gelişebilir, bu durumda antibiyotik tedavisi ve /veya ameliyat ile yaranın temizlenmesi gerekebilir. Ameliyat yarsına bağlı bölgesel duyu ve renk değişiklikleri. Bazı hastalarda, yara iyileşmesi normal olabilir ve iyileşme dokusu (scar-nedbe) kalın ve kırmızımsı- morumsu olabilir. Şişman (obes) hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp akciğer komplikasyonu ve tromboz komplikasyonu ihtimali daha fazladır. Sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp akciğer komplikasyonu ve tromboz (damar içi kan pıhtılaşması) komplikasyonu ihtimali daha fazladır.

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Alternatif tedaviler olarak fizik tedavi yöntemleri ve diğer tedavi yöntemleridir.

DEQUERVAİN AMELİYATI SONRASI NELERE DİKKAT ETMEK GEREKİR?

De Quervain sendromu ameliyatı ayakta tedavi gerektiren bir işlem olduğundan, aynı gün eve gidebilirsiniz. Ameliyat, şişmiş tendonun üzerindeki dokunun açılmasını gerektirdiğinden, işlemden sonra başparmağınız ve bileğiniz muhtemelen ağrıyacaktır. Ayrıca kesinin yakınında biraz karıncalanma ve uyuşma hissedebilirsiniz. Bu durum bir hafta içinde düzelmelidir, ancak geçmesi birkaç ay sürebilir. Plastik cerrahınız dikişleri yaklaşık 1-2 hafta sonra alacaktır. Doktorunuz ameliyattan sonra 1 ila 4 hafta boyunca atel takmanızı önerebilir. Elinizin tamamen iyileşmesi 6 ila 12 hafta sürebilir ve bu sürenin ardından bileğinizi ve başparmağınızı ağrısız hareket ettirebilirsiniz. İşe ne kadar sürede döneceğiniz işinizin niteliğine bağlıdır. İşiniz elinizi veya bileğinizi tekrar tekrar kullanmayı, ağır kaldırmayı veya elinize ya da bileğinize baskı uygulamayı gerektiriyorsa, iyileşmek için 6 ila 12 hafta işten izin almanız gerekebilir. Doktorunuz, ilerlemenize bağlı olarak işe ne zaman dönebileceğiniz konusunda size en uygun tavsiyeyi verecektir. De Quervain sendromu ameliyatı sonrası iyileşme sürecinde, elinizi 2-3 gün boyunca yüksekte tutun ve 1-2 hafta boyunca ameliyat bölgesini zorlayabilecek aktivitelerden kaçınınız.

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-878 Yayın Tarihi :17.11.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 3 / 3
	DEQUERVAİN / TENOLİZ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA-ONAM FORMU	

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 :