



AV FİSTÜL OPERASYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu onam için bilgilendirme formu size yapılacak operasyon hakkında bilgilendirerek, yapılacak operasyon için onay verdiğinizizi kayıt altına almak için hazırlanmıştır. Bu form bu tip operasyonların çoğunu kapsamakla birlikte, bazı hasta gruplarında oluşabilecek ilave riskleri içermeyebilir. Doktorunuz size operasyona bağlı riskleri ve ilaveten kişisel özelliklerinize bağlı gelişebilecek riskleri bildirecektir.

Tedaviniz için gerekli operasyonun yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak operasyonu kabul etmek veya etmemek sizin kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan haller hariç bilgilendirmeyi reddedebilir veya verdiğiniz onamı istediğiniz zaman iptal edebilirsiniz.

Önerilen Tedavi:

Bu operasyon ile kolda, atardamar ile yüzeysel toplardamar arasında, bir bağlantı oluşturulur. Bu şekilde hemodiyaliz için, yüksek akım sağlayan, bir damaryolu sağlanması hedeflenmektedir. Bu işlem kendi damarlarınız uygun olmadığında, sentetik damar greftleri kullanılarak da yapılabilir.

Operasyonun Riskleri:

Bunlar en sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan riskler de olabilir. Genel veya özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.

- Anestezi riski: Operasyon genellikle lokal anestezi altında, bazen damardan verilen ilaçlarla (sedoanaljezi), nadiren genel anestezi altında gerçekleştirilir. Anestezik ilaçların yan etkilerine, hastada bulunan diğer hastalıklara veya kronik böbrek yetmezliğinin oluşturduğu sıvı ve elektrolit düzensizliklerine bağlı, hayati tehlike oluşabilir.
- Kanama: Ameliyattan sonra az miktarda sızıntı şeklinde kanama görülebilir. Bu durumda gazlı bez ile fistül üzerine hafifçe baskı uygulanır. Operasyon sırasında veya sonrasında nadiren çok şiddetli kanamalar oluşabilir. Kanamayı durdurmak için tekrar operasyona alınmanız ve kan verilmesi gerekebilir. Aşırı kanamalarda hayati tehlike oluşabilir.
- Fistülün çalışmaması: Damar yapınıza, tansiyonunuza veya diğer sebeplere bağlı olarak operasyon başarısız olabilir. Bu durumda tekrar operasyon yapılması gerekebilir. Fistülün çalışmaması durumunda boyundan veya kasıktan takılan kataterler ile diyalize girmeniz gerekebilir.
- Enfeksiyon: Operasyon bölgesinde akıntı ve kızarıklık izlenmesi, enfeksiyon geliştiğini düşündürür. Bu durumda yara pansumanı, antibiyotik tedavisi veya operasyon bölgesine cerrahi işlemler uygulanabilir.
- Kolda kalınlık artışı (ödem): Damar sistemi yapılan işlem sebebiyle yüksek basınca maruz kaldığı için kolda bir miktar ödem beklenebilir. Aşırı ödem gelişmesi, toplardamar sisteminde ciddi darlık olduğunu düşündürür. Bu durumda ileri incelemeler veya operasyonlar gerekebilir.
- Fistül akımının yetersizliği: Bazı fistüller operasyon sonrası yeterli akıma ulaşamaz. Bu durumda tekrar operasyon gerekebilir.
- Fistül akımının fazlalığı: Yüksek fistül akımları, kalbin iş yükünü artırdığı için, uzun yıllar sonrası kalp yetmezliği bulguları oluşturabilir. Bu durumda fistülün kapatılması veya akımı azaltıcı cerrahi işlemler gerekebilir.
- Elde dolaşım bozukluğu: Fistül operasyonu ele giden kan miktarının azalmasına yol açar. Bu



AV FİSTÜL OPERASYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

atardamar sistemi yetersiz kişilerde, özellikle diyaliz esnasında olmak üzere ağrı, elde soğuma, morarma, hareketlerde azalma ve yara açılması gibi şikâyetlere sebep olur. Bu şikâyetler fistülün kullanımını imkansız hale getirebilir. Bazı hastalarda bu fistüllerin kapatılması gerekebilir. Tüm müdahalelere rağmen, çok nadir de olsa parmakların veya elin kaybedilmesi riski vardır.

- Damarların genişlemesi (Anevrizma): Zamanla fistül yapılan koldaki damar yapıları genişler. Bu genişlemeler ileri dereceye vardığında tehlike yaratabileceği için, bu fistülün kapatılması gerekebilir.
- Sinirsel bozukluklar: Operasyonda sinirlerin hasarlanmasına veya genişleyen damarların sinirlere basısına bağlı olarak his ve hareket kaybı (felç) oluşabilir.

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve tekrar gerekebilecek ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Hiçbir baskı altında kalmadan bu formu imzalıyorum.

Hastanın Adı ve Soyadı: Doğum Tarihi:	İmza	Tarih:
Hastanın Yasal Temsilcisi Adı ve Soyadı: Yakınlık Derecesi:	İmza	Tarih:
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Adı ve Soyadı: Uzmanlık Alanı:	İmza	Tarih: