

HEMOROID AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

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.

1. ÖN TANI/TANI: Hemoroid

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Hemoroidler, makatta bulunan ve insan vücudunun normal yapısında yer alan yastıkçıklardır. Bu yastıkçıkların normal yerinden dışarı doğru sarkarak, yakınmalara neden olmasına Hemoroidal Hastalık (Basur) denilir. Bu hastalıklı dokunun Genel / Bölgesel / Lokal anestezi altında çıkarılması ya da ortadan çeşitli tekniklerle kaldırılması işlemine hemoroidektomi denir.

2. ÖNERİLEN İŞLEM / TEDAVİ: Hemoroidektomi

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:.....

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

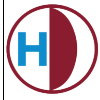
Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından aydınlatılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da aydınlatılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMANIN / TEDAVİNİN RİSKLERİ:

Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1'den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda baş ağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili



HEMORÖİD AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

Ameliyat sırasında ve sonrasında derin ven sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğer embolilerine yol açabilirler. Bu ameliyatta emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır.

Ameliyat sonrasında bağlanan damarlardan kanama gelişebilir ve tekrar ameliyata gerek duyulabilir.

Ameliyatta makatı büzen kaslar zedelenebilir ve bu nedenle % 20 dolaylarında geçici (birkaç haftalık) hafif gaz ve/veya dışkı kaçırma, % 1-2 dolaylarında da kalıcı kaçırma riski söz konusu olabilir.

Ameliyat bölgesinde infeksiyon gelişebilir ve en kötü durumda yaygın Fournier kangrenine ve ölüme yol açabilir. Kolostomi veya ileostomi yapılması gerekebilir. Makat işlevleri kalıcı olarak kaybedilebilir. Bu riskler % 1'in çok altındadır.

7. ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMADAN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR:

Hastalığın tedavi edilmesi.

8. ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMANIN BAŞARI OLASILIĞI:

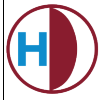
Başarı olasılığı altta yatan sebebe, hastalığın ağırlığına ve tedaviye verdiği cevaba göre değişmektedir.

9. OLASI ALTERNATİF TIBBİ UYGULAMALAR:

- Miligan Morgan hemoroidektomi (iplik, ligasure ile),
- Infrared fotokoagülasyon,
- Rubberband ligasyon,
- Stapler (longo) hemoroidektomi

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

- Ameliyat sonrası dönemde karında şişkinlik, dolgunluk, ağrı ve dışkılama esnasında şiddetli ağrılar oluşma riski vardır.
- Yara yerinde oluşacak ağrılar için ağrı kesiciler kullanmam gerekebilir.
- Ameliyat sonrasındaki 5-10 günlük dönemde dikişlerde oluşabilecek ayrışmaya bağlı olarak kanamalar oluşabilir ve bu kanamalar genellikle kendiliğinden durur. Nadiren de bu nedenle kanamayı durdurmak için yeni cerrahi girişimler gerekli olabilir. (%0.5-3.5)
- Ameliyat sonrası 24 saat içinde idrar çıkarma güçlüğü oluşabilir ve bu nedenle idrar yapmamı sağlamak için idrar yollarına sonda takma ihtiyacı doğabilir. (%5-15)
- Nadiren de olsa gaz tutma yeteneğimde (genellikle geçici olan nadiren kalıcı hale dönüşebilen) azalma / kaybolma gelişebilir. (%0.05)
- Ameliyat sonrası geç dönemde yara iyileşme reaksiyonunun bünyesel nedenlerle fazla olması nedeniyle makat çıkışında kısmi ya da tam darlık (Anal stenoz/ strüktür) gelişme riski %0.1' den az olsa da vardır.
- Hastalığın tekrarlama riski %1-5 dir.
- Makat çevresi bölgesinde apse ve yaygın iltihabi reaksiyon gelişme riski vardır. Ayrıca ameliyat sonrasında yaklaşık % 1-2 hastada Anal Fissür (çatlak) gelişebilir.
- Ameliyat sonrası dönemde özellikle dış hemoroidi olan hastalarda makattan dışarı çıkan ve ele gelen



HEMORÖİD AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

pililerin kaybolması yaklaşık 6 ay alabilir. % 1-2 hastada ise pililer kaybolmayıp, bazen yeni pililer gelişebilir. Küçük olması nedeniyle bırakılan tali basur memelerinde pıhtı toplanması ve ödem gelişmesi olabilir.

11.ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMAYI REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI:

Bu işlemi reddettiğinizde hastalığınızın tedavisi mümkün olmayacaktır.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAYI

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.
- ✓ Bu işlemin medikal / paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- ✓ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ✓ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

Ben, bu formun içeriğini anladım ve Dr. nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi doktorlarının uygulayacağı tedaviyi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

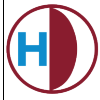
Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

☐ Hastanın bilinci kapalı

☐ Hasta 18 yaşından küçük

☐ Hastanın karar verme yetisi yok

☐ Acil



HEMOROİD AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşı n üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşı n altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.