



**HEMİGLOSSEKTOMİ (DİL KANSERİ NEDENLİ DİLİN BİR KISMININ ALINMASI)
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 ve Hastalığınız hakkında genel bilgi: Dil kanseri teşhisini biyopsi sonucu olarak almış olduktan sonra bu hastalığın tedavi seçenekleri arasında yer alan hemiglossektomi (dilinin bir kısmının alınması) sizin için uygun tedavi yöntemi olarak kararlaştırıldı. Dilinin bir kısmı çıkartıldıktan sonra mevcut kalan dokularla yara bölgesi tamiri planlandı. Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi yapılan işlemin belirli riskleri vardır ve bunlar size anlatılacaktır. Yine de diğer cerrahi işlemler gibi bu işlemde de önceden ön görülemeyecek sorunlar ortaya çıkabileceği akıldan tutulmalıdır.



**HEMİGLOSSEKTOMİ (DİL KANSERİ NEDENLİ DİLİN BİR KISMININ ALINMASI)
İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: HEMİGLOSSEKTOMİ

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 bilgilendirilerek 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 bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ:

Sık görülebilen yan etkiler:

- ☐ Yara izi
- ☐ Hematom (ameliyat yerinde kan toplanması)
- ☐ Dil hareketlerinde bozulma
- ☐ Tat duyusunda bozulma
- ☐ Konuşma bozukluğu

Nadir görülebilen yan etkiler:

- ☐ Lenf kaçağı
- ☐ Enfeksiyon

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- ☐ Sinir hasarı

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

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

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Dil karsinomları için tedavi seçenekleri arasında radyoterapi de yer almaktadır. Fakat hastamızın mevcut kronik hastalığı olan Fankoni Aplastik Anemisi nedeni yapılan konsey kararı ile gönderildiği dış merkezde aşırı radyosensitif olduğundan radyasyon hasarı olacağından cerrahi seçeneği kabul edildi. Baş boyun kanserlerinde boyundaki hastalığın temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi girişimi kabul etmeyen hastalar için radyoterapi (ışın tedavisi) ve/veya kemoterapi (ilaç tedavisi) verilebilir. Bu işlemlerin cerrahi girişim kadar başarılı olmadığı akılda tutulmalıdır.



**HEMİGLOSSEKTOMİ (DİL KANSERİ NEDENLİ DİLİN BİR KISMININ ALINMASI)
İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

9. AMELİYAT ÖNCESİNDE ve NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

GİRİŞİMDEN ÖNCE HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- En az 6 saat öncesinde aç kalmalı, hiçbir şey yememeli, içmemelisiniz
- Kanamayı artırabilecek, kan sulandırıcı (aspirin gibi) ilaçlar en 1 hafta öncesinden kesilmelisiniz
- Ameliyata giderken takma dişlerinizi, takılarınızı ve üzerinizdeki tüm metal malzemeleri çıkarınız.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- Genel anestezi ile ameliyat olduysanız en az 4 saat aç kalmalısınız.
- Ameliyat sonrası dönemde pansumanlarınızı düzenli olarak yaptırmalısınız.
- Ameliyat sonrasında çıkarılan dokuların incelenmesi sonucu ek tedaviler almanız gerekebilir. Bu konuda size verilen önerileri yerine getirmelisiniz.

10. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMEİN OLASI SONUÇLARI:

Bu işlem yapılmadığı takdirde dilde var olan hastalık ilerleyebilir veya boyunda yeni bir hastalık ortaya çıkabilir. Her iki durumda da hastalığınızın tedavi oranı azalacaktır.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı 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.



**HEMİGLOSSEKTOMİ (DİL KANSERİ NEDENLİ DİLİN BİR KISMININ ALINMASI)
İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

- ✓ 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 cihazlar / uygulamalar nedeniyle sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınımlara 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



**HEMİGLOSSEKTOMİ (DİL KANSERİ NEDENLİ DİLİN BİR KISMININ ALINMASI)
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 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.